

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

N°

72

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 2 décembre 1903, à 1 heure

PAR JEAN LIVON

Né à Marseille, le 5 juin 1877

Ancien interne et externe des hôpitaux de Marseille
Ex-préparateur de Bactériologie à l'École de Médecine
Lauréat de l'École de Médecine (concours 1899 et 1900)

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS

CONSÉCUTIFS AUX RUPTURES UTÉRINES

Président : M. PINARD, Professeur.

Juges : MM. BRISSAUD, Professeur.

ROGER, } *Agrégés.*
WALLICH, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M.	DEBOVE.
Professeurs.	MM.	
Anatomie		POIRIER.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		BRISSAUD
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale		BERGER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		GILBERT.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		DEJERINE.
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale		LANDOUZY.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU.
		TILLAUX.
		TERRIER.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		PINARD.
Clinique gynécologique		BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEPAGE.	TEISSIER.
AUVRAY.	GILLES DE LA TOURETTE.	MARION.	THIERY.
BEZANÇON.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
BONNAIRE.	GOUGET.	MERY.	THOINOT.
BROCA (AUG.).	GUIART.	POTOCKI.	VAQUEZ.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	REMY.	WALLICH.
CHASSEVANT.	JEANSELME.	RENON.	WALTHER.
CUNEO.	LANGLOIS.	RICHAUD	WIDAL.
DEMELIN.	LAUNOIS.	RIEFFEL, <i>chef des tra-</i>	WURTZ.
DESGREZ.	LEGREY.	<i>vauz anatomiques.</i>	
DUPRE.	LEGUEU.		

Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE, LE PROFESSEUR CH. LIVON

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DIRECTEUR HONORAIRE DE L'ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE
DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE
DIRECTEUR DE L'INSTITUT ANTIRABIQUE
CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MA FEMME

A MA SOEUR

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAITRE

MONSIEUR A. PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153304_0150

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis, avant de commencer l'exposé de ce travail qui marque pour nous le seuil de la carrière vers laquelle tendent, depuis des années, nos efforts, de rendre un solennel hommage aux maîtres dont l'enseignement nous a instruit, et d'assurer de notre plus cordiale sympathie ceux dont l'expérience et les recherches nous furent d'un appui si souvent précieux pour nous guider à travers le labyrinthe de la science médicale.

Antique coutume d'ailleurs, et à laquelle nous sommes d'autant plus heureux de nous conformer à notre tour, qu'elle nous donne l'occasion de proclamer tout haut la lourde dette de reconnaissance que nous savons avoir contractée à l'égard de tous ceux qui ont bien voulu nous éclairer de leurs conseils et nous honorer de leur amitié. Grâce à eux, nous avons eu le désir de nous mêler à leur vie laborieuse et l'ambition de suivre leurs traces.

Nos souvenirs vont d'abord à celui qui nous initia, tout jeune, aux premiers principes des sciences médicales et sut, dès lors, nous faire partager son attachement pour des études auxquelles son existence fut si vaillamment consacrée.

C'est à mon père, le professeur Ch. Livon, que j'ai plaisir à rendre cet hommage et à exprimer, au début de ma thèse inaugurale, toute ma reconnaissance filiale.

Dès mon enfance, témoin de ses labeurs, je grandis dans la pensée de m'associer à ses travaux et je ne peux me rap-

peler sans émotion, les heures passées dans son laboratoire de physiologie, où j'étais heureux de le rejoindre aussitôt que mes études classiques m'en laissaient le loisir.

C'est en venant chaque jour travailler à ses côtés, que j'ai appris à aimer cette science, à laquelle il a voué une grande partie de sa carrière.

Combien profonde est notre satisfaction de pouvoir aussi remercier tous nos maîtres de Marseille, dont la direction avisée guida nos premières études et dans les services desquels nous avons eu l'honneur de passer tour à tour comme stagiaire, externe et interne des hôpitaux : MM. les professeurs Combalat, qui nous donna les premières leçons de chirurgie ; Queirel, qui nous initia aux principes de l'obstétrique et dans le service duquel il nous fut permis d'aller travailler ; Arnaud François, d'Astros, Laget, Roux de Brignoles, Delanglade ; MM. les chefs de service des hôpitaux, Boy-Teissier Cassoute, Michel, Louge, Bidon, Pagliano, Reynès, Pluyette, Acquaviva, Arnaud Joseph.

En leur exprimant à tous nos sentiments de vive gratitude, qu'il nous soit permis d'ajouter que nous n'avons pas perdu le souvenir de ceux que la mort inexorable est venue ravir à notre affectueuse sympathie et auxquels, dans l'Au-delà, notre reconnaissance reste attachée : tel notre maître M. le professeur Villard, qui nous prodigua une amitié si cordiale et auquel nous avons voué un attachement tout spécial ; M. le docteur Lauzet, M. le professeur Nepveu.

Nous nous en voudrions de passer sous silence MM. les professeurs Jourdan, Caillol de Poncy, Boinet, Fallot, Oddo, M. le professeur Rietsch, dont nous eûmes l'honneur d'être le préparateur au laboratoire de bactériologie. Nous garderons toujours le souvenir de ses savantes leçons et de son affectueuse sollicitude.

Quant au professeur Alezais, la grande amitié dont il voulut bien nous honorer constitue assurément le souvenir le plus agréable de nos premières années médicales. Il sait d'ailleurs

toute l'influence que les si obligeants conseils qu'il accepta de nous prodiguer, même éloigné de lui, ont eu sur l'ensemble de nos études, car il ne fut pas seulement pour nous un maître précieux, mais surtout un ami sûr et sincère, en la bienveillance duquel il nous fut permis de nous confier et sur lequel il nous plaît de nous reposer.

A la faculté de Montpellier, où les circonstances nous ont appelé, nous avons eu également l'occasion d'apprécier la grande amabilité de MM. Vialleton et Ducamp.

Venu ensuite compléter nos études à Paris, nous n'avons eu qu'à nous louer de la bienveillante réception qui nous fut faite partout.

C'est à la clinique Baudelocque, chez M. le professeur Pinard, dont l'accueil nous fut plus que cordial, que nous sommes venu passer la majeure partie de notre temps. Auprès de ce maître éminent, nous avons cherché à bénéficier de notre mieux de tous les sages conseils qu'il prodigue à ses élèves et dont il fait la base de sa grande école. Fier de pouvoir nous placer parmi ses nombreux disciples, tous nos efforts tendront à ne pas nous montrer au-dessous de ce titre, que nous savons si envié et dont nous connaissons tout le prix.

Nous ne saurions trop louer la grande amabilité de M. le docteur Couvelaire, son chef de clinique ; nous sommes heureux de pouvoir le remercier ici de toute l'amitié qu'il nous a témoignée. Promoteur de ce travail, il a bien voulu nous donner des renseignements fort précieux et nous aider dans nos recherches.

Nous nous en voudrions si nous n'adressions tous nos remerciements à M. le docteur Sauvage pour la bienveillance qu'il nous a montrée en mettant à notre disposition sa bibliothèque.

Nos remerciements iront à M. le professeur Raymond et à son chef de clinique M. Sicard.

M. le professeur Cornil nous a accepté dans son laboratoire d'anatomie pathologique et a bien voulu nous garder durant

une année, qu'il soit assuré de toute notre reconnaissance ; nous ne saurions oublier l'amabilité et la bienveillance de M. R. Marie, son préparateur.

Nous remercierons aussi M. le professeur Richet, dont le laboratoire fut mis gracieusement à notre disposition et dont la sympathie ne nous fit jamais défaut.

Nous devons ici adresser l'expression de notre gratitude, pour sa large amitié et pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous porter, à M. le docteur Cartaz ainsi qu'à M. le professeur Giard.

M. Roux nous a permis d'entrer dans la vaste famille de l'Institut Pasteur, c'est un honneur dont nous le remercions ici chaleureusement.

C'est là que nous avons trouvé, dans le laboratoire de M. Delezenne, un accueil bienveillant.

Il nous a accepté comme élève et a bien voulu nous initier aux minutieuses recherches qu'il poursuit, il nous y a même fait participer, c'est une marque de confiance dont nous le remercions et garderons toujours le souvenir. Que M. le docteur Pozerski, son préparateur, croie à notre vive sympathie.

Notre maître, M. le professeur Pinard, après nous avoir prodigué au cours de nos études de multiples témoignages de sa haute bienveillance, a bien voulu nous faire encore le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il daigne agréer ici l'assurance de notre vive gratitude.

INTRODUCTION

La question de la thérapeutique des ruptures utérines est à l'ordre du jour, et nombreux sont les auteurs qui ont tenté de résoudre ce difficile problème.

Nous ne ferons pas une revue générale sur les différents modes de traitement mis en œuvre ici et là contre la rupture de l'utérus, nous nous contenterons de rappeler brièvement les diverses méthodes employées depuis l'ère antiseptique.

Nous envisagerons les résultats des méthodes de traitement qui ont permis à la femme de garder son utérus.

Nous étudierons ensuite l'évolution des grossesses et des accouchements consécutifs, les accidents observés et les moyens thérapeutiques mis en œuvre pour les traiter ou pour les prévenir.

CHAPITRE PREMIER

Traitement des ruptures utérines

Avant l'avènement de l'antisepsie, les ruptures de l'utérus ont été traitées par trois méthodes différentes : l'*expectation*, l'*extraction du fœtus par les voies naturelles*, l'*extraction par la gastrotomie*. L'antisepsie amena le traitement par le *drainage* qui fut l'objet d'une vogue presque universelle. Le dernier traitement médical employé par la voie vaginale, le *tamponnement*, eut son heure de gloire, et beaucoup le considèrent comme le meilleur. Mais nous savons que la mort par hémorragie n'est pas rare malgré le tampon, nous n'en voulons pour preuve que l'observation de Varnier (obs. I).

Reconnaissant l'insuffisance des traitements conservateurs, des chirurgiens et des accoucheurs ont préconisé les interventions chirurgicales.

Winter (1) et Merz (2) établissent des statistiques sur les *laparotomies* avec ou sans suture de l'utérus. Léopold est aussi partisan de cette méthode. L'occlusion de la cavité péritonéale, l'arrêt de l'hémorragie dont les bords de la rupture sont l'origine, la conservation de l'utérus dont la plaie bien réunie donne lieu à une cicatrice solide permettant (a priori) l'évolution d'une grossesse ultérieure et un accouchement dans les meilleurs conditions, en font pour beaucoup la méthode de choix. Ces avantages et ces résultats ne peuvent pas toujours

(1) WINTER, *Verh. der Ges. f. G. u. G.* Berlin 1892.

(2) MERZ, *Arch. f. Gyn.*, 1893.

être obtenus. La déchirure utérine donne parfois des bords très irréguliers, infiltrés de sang, contusionnés, d'une vitalité douteuse et les avantages de la suture ne sont pas aussi grands qu'on pourrait le dire. « Les risques qu'on fait courir à la femme ne peuvent être contrebalancés par l'espoir de la voir mener à bien des grossesses ultérieures. »

Il ne reste plus qu'un procédé, enlever l'utérus, devenu un organe immédiatement et ultérieurement dangereux par suite de l'infection dont il est très souvent le siège, par suite de l'obstacle qu'apporte sa conservation à l'établissement d'un drainage large et efficace, enfin par suite de la récidive de la rupture lors d'un accouchement ultérieur, toutes raisons amenant à considérer comme insuffisante la méthode de suture avec conservation de l'utérus.

MM. Pinard et Varnier depuis 1897 ont eu recours à la laparotomie dans tous les cas de ruptures utérines sans distinctions, dont le diagnostic avait été affirmé.

Varnier en 1901, au congrès de Nantes, dans son rapport sur le traitement des ruptures utérines, conclut formellement à la nécessité d'un traitement chirurgical. De 1885 à 1897 il avait observé 11 cas, tous traités par la voie basse, dite obstétricale, extraction par les voies naturelles, suivie de tamponnement avec ce résultat, 10 morts sur 11 cas.

De 1897 à 1901, 12 cas mais 6 seulement dans lesquels on eut le temps d'intervenir, ceux-ci se soldant par 3 guérisons et 3 décès; les 6 autres ne purent être traités pour des causes diverses.

Le principe d'un traitement chirurgical posé, Varnier conseillait comme procédé opératoire de choix l'hystérectomie, non l'hystérectomie totale, mais l'hystérectomie subtotala pouvant être modifiée selon l'état des lésions constatées.

De l'ensemble des faits que nous venons de voir et que nous avons voulu résumer au commencement de notre travail, il ressort que le *traitement chirurgical* des ruptures de l'utérus est le traitement de choix, l'inaction la pire des choses.

En faveur de l'*hystérectomie* Varnier faisait valoir le grand danger qu'à l'occasion d'une nouvelle grossesse, d'un nouvel accouchement couraient les femmes qui ont eu antérieurement une rupture de l'utérus, qui ont subi l'opération césarienne.

A la statistique de MM. Pinard et Varnier, M. Sauvage, dans sa thèse, a joint la statistique du service de M. Champetier de Ribes, et sa statistique intégrale donne 32 observations avec 23 femmes ayant été traitées autrement que par la laparotomie, 20 sont mortes; nous rapprocherons les résultats indiqués par la statistique intégrale de Chrobak rapportée par Ludwïg où sur 8 interventions il y eut 4 guérisons.

Schmidt donna un total de 49 ruptures complètes survenues dans les cliniques de K. von Braun, Olshausen, Winter, Tauffer, Chrobak et Schauta, traitées par le drainage, donnant une mortalité de 61 p. 100.

Zweifel donne à son tour 29 cas avec 16 décès, soit une moyenne, de 55 p. 100.

Dans son travail P. Zweifel se préoccupe aussi de ces risques de nouvelles ruptures et rappelle par quel moyen il les prévient, stérilisation des femmes par l'occlusion des oviductes (section au Paquelin), cautérisation jusqu'à une certaine profondeur de la muqueuse tubaire, oblitération des orifices tubaires avec le péritoine étiré en manchette, ligature à la soie et inclusion dans le pli séreux formé du moignon utérin de l'oviducte sectionné.

Le traitement conservateur ne saurait être adopté, non pas qu'il ne puisse donner quelques succès même alors que le fœtus et le placenta ont passé dans le ventre. On ne peut oublier qu'en 1891 Léopold ayant été appelé à traiter une rupture utérine retira le fœtus du ventre, affronta les lèvres de la rupture, draina l'utérus, tamponna, draina la cavité abdominale et guérit la femme.

M. Sauvage dit qu'il ne manque certainement pas d'exemple dans lesquels on a vu, après guérison d'une rupture utérine, les grossesses suivantes évoluer jusqu'à terme et se terminer

heureusement, parfois même, comme dans le cas de Green, par l'expulsion d'un enfant pesant plus de 4 kilos. Rakin (1), Lederer (2), etc., en ont rapporté des exemples partout cités. Mais la rupture peut aussi se reproduire et entraîner cette fois la mort de la femme et si on s'en rapportait aux observations qui ont été publiées, cette éventualité semblerait au moins aussi fréquente que la précédente. Sur 32 des femmes ayant eu une rupture utérine guérie, 3 sont redevenues enceintes : chez une la rupture s'est reproduite; chez une autre les 2 grossesses suivantes se sont compliquées d'accidents de rétroversion de l'utérus qui déterminèrent l'interruption de la première. Si on ajoute encore à ces faits la possibilité d'accouchement avant terme qu'on trouve mentionnée dans un certain nombre de publications, la considération que les femmes dont l'utérus se déchire pendant le travail sont généralement des multipares qui ont eu un nombre élevé d'enfants; si surtout comme le précepte en a été posé par Bandl et Diepen, on est décidé à interrompre les grossesses suivantes dans les cas où la femme survivrait après qu'on aurait laissé l'utérus en place, on est tout disposé à sacrifier un organe inutile et dangereux immédiatement et par là suite.

En laissant l'utérus en place traité médicalement ou en le suturant, en un mot en permettant à la femme de redevenir enceinte, si elle guérit, on enferme « le loup dans la bergerie », elle ne pourra plus redevenir enceinte à cause du péril auquel elle sera exposée. La résistance des tissus étant moindre au niveau de la rupture, nous assisterons à un nouvel accident produit par la même cause que la première, c'est-à-dire que c'est risquer à coup sûr la vie de la femme.

Une grande partie de nos observations nous apprennent que l'on se trouvait en présence d'un bassin plat, généralement rétréci; or cette dyslocie persistera toujours, et si elle a contribué même pour une très légère part à la première rupture,

(1) RAKIN, *Centr. f. Gyn.*, 1879.

(2) LEDERER, *Prager med. Wochensch.*, 1887.

elle viendra aussi participer à la nouvelle rupture, mais cette fois, l'organe lui-même sera amoindri dans sa résistance. L'utérus suturé ou non donnera une cicatrice, point faible, qui sera le siège de la nouvelle rupture ou son point d'origine.

La conservation avec ou sans suture, en admettant même qu'elle n'entraîne pas de gros dangers immédiats, ne nous apparaît pas raisonnable, dit Varnier, après la conclusion des discussions sur les « suites des opérations pratiquées sur l'utérus », on ne doit pas exposer à une récidive un utérus ainsi taré.

En 1899, à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Paris, Varnier apporta la preuve de l'action rupturante des cicatrices irrégulières (1).

« Nous sommes d'avis, dit-il, avec M. Pinard, qu'il faut bien admettre que des tissus pathologiques restaurés ne peuvent jouir d'une façon complète des mêmes propriétés anatomiques et physiologiques que des tissus sains, non opérés. Mais il est nécessaire en même temps de reconnaître que les lésions nécessitant des opérations sur le col sont par elles-mêmes capables de créer des conditions pathologiques mauvaises pour la grossesse et l'accouchement, et l'on sait combien des tissus modifiés par les cicatrices sont beaucoup plus disposés à la rupture que les normaux. Si dans une déchirure nette comme celle que fait le bistouri dans une césarienne on a une cicatrice laborieuse, incomplète, comment pourra-t-on avoir même une ébauche dans cette déchirure inégale à bords abîmés de la rupture ?

Krukenberg a pu réunir jadis 13 observations de femmes opérées par la section césarienne et chez qui à un accouchement ultérieur la cicatrice se rompit et le fœtus passa dans le péritoine ; dans 5 autres cas, la cicatrice céda sans que le fœtus quittât la cavité utérine.

(1) IVANOFF (*Ann. de gyn.*, mai 1903, a examiné au microscope très minutieusement des coupes innombrables, prises sur des pièces anatomiques d'utérus de femmes mortes de rupture pendant l'accouchement ; les résultats des examens ont donné pour quelques cas un tissu cicatriciel typique à l'endroit de la rupture.

Si nous tenons compte maintenant du peu de tendance qu'a l'utérus à se cicatriser et des empêchements que les irrégularités et les contusions de la plaie apportent à cette cicatrisation, nous admettrons sans peine, que toute vaste déchirure de l'utérus à bords contus, déchiquetés, sphacélés, infectés, contre-indique la suture et justifie, au contraire, une ablation de l'organe.

L'occlusion de la plaie de l'utérus n'est obtenue en général que par des brides adventices venues du péritoine. Rokitsansky a observé des cas où il n'y avait pas eu fermeture complète de la déchirure, mais seulement l'existence de tractus cicatriciels passant d'un bord à l'autre, formant ainsi entre eux des fissures persistantes. Si plusieurs femmes ont mené à bien de nouvelles grossesses, comme les cas de Frizel, Brock, Whinery, Trask, il en est d'autres qui ont eu un accouchement prématuré ; d'autres ont des ruptures nouvelles consécutives comme Battlehner qui en observa 3 et Rose 4 chez la même femme.

Sur 15 femmes, dit Varnier, ayant eu un utérus antérieurement rompu et guéri, 5, soit 33 p. 100, ont eu une nouvelle rupture, 3 en sont mortes, soit 20 p. 100.

Cette crainte de la rupture recidivée semble même aux yeux de quelques auteurs devoir faire condamner au repos l'utérus raccommodé. « En cas de guérison, écrivait Diepen, il faut déconseiller une nouvelle grossesse ; si celle-ci survenait, il faudrait provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré ou bien, si la femme y consentait, recourir à la césarienne. »

Mais alors si ce n'est pas pour lui permettre de mener à bien des grossesses et des accouchements ultérieurs, à quoi bon conserver l'utérus ? Et Varnier dans son rapport écrit que : « lorsqu'une femme en essayant de reproduire l'espèce humaine a rompu son utérus, elle est bonne, si elle en réchappe, à mettre en réforme pour blessures graves contractées dans le service ; ce n'est pas avec des invalides qu'on fait campagne. »

En résumant les traitements des ruptures utérines, nous avons montré quel serait l'avenir de la femme conservant son utérus et par la suite redevenant enceinte. Elle serait exposée à un accouchement laborieux ou à un avortement et plus encore à une nouvelle rupture, car c'est généralement ce qui arrive si on laisse ces femmes aller à terme et accoucher spontanément.

Aussi Varnier avait-il raison de demander à ce que, une rupture utérine diagnostiquée, la méthode chirurgicale interventionnelle, enlève un organe dont la conservation est un danger pour la femme.

Pour toutes ces causes, nous nous sommes posé la question de savoir ce que deviennent, au point de vue obstétrical, les femmes qui ont eu la chance de survivre à une rupture utérine.

CHAPITRE II

Étude des cas dans lesquels on a laissé évoluer la grossesse en escomptant la terminaison de l'accouchement par les voies naturelles.

Nous avons rassemblé ici les observations des femmes qui ont été assez heureuses de guérir de leur première rupture, et ont eu une nouvelle grossesse, évoluant jusqu'à terme.

Que nous apprennent les observations de ces femmes poursuivant leur grossesse, et entrant spontanément en travail ? C'est que pour la majeure partie, on a eu affaire à de grandes multipares, dont le bassin était légèrement rétréci ou plat. Nous connaissons d'après Ivanoff (1) la part qu'il faut attribuer à ces bassins dans les cas de rupture utérine, où ces dernières siègent de préférence dans la partie sus-vaginale du col.

Mais alors qu'avaient fait les auteurs lors de la première rupture ? Les uns avaient mis en pratique l'expectation ou le drainage ; d'autres, un traitement purement médical ou bien encore le tamponnement, la laparotomie avec ou sans suture, et ils conservaient ainsi la matrice lésée. Malgré tous les soins apportés, plusieurs ont dû assister au renouvellement de la déchirure, lors de l'accouchement ultérieur.

Sur un total de 31 femmes entrant dans cette classe, nous

(1) IVANOFF, *Annales de Gynéc. et d'Obst.*, 1902.

avons trouvé 18 nouvelles ruptures (obs. de I à XVIII inclus), soit en moyenne 58 p. 100, et sur ces 18 ruptures 10 femmes sont mortes (obs. de I à X inclus).

Cette fréquence de reproduction de la rupture ne doit pas nous surprendre, car on ne peut pas remédier à la malformation du bassin, et à cette cause s'ajoutait celle de l'action rupturante des cicatrices irrégulières, dont l'observation de Varnier (obs. I) est la preuve. A l'autopsie de cette femme, on put constater que la rupture, cause de la mort, correspondait à l'angle supérieur pointu et froncé d'une ancienne déchirure du col, cicatrisée.

De même, l'observation que communique Breuss (obs. VI) est très intéressante, car elle démontre que toutes les ruptures ne guérissent pas et qu'il est difficile d'avoir un rétablissement continu dans la substance musculaire. Au siège de la rupture peut persister une fente qui conduit dans une cavité, cavité entre le feuillet du ligament large, et qui ne communique pas avec le péritoine. Il avait aussi remarqué que localisation, grandeur de la déchirure, durée, extension, de même que diverses autres complications, exercent une certaine influence sur la façon dont guérissent les ruptures.

Comme nous le verrons signalé d'autres fois aussi au cours de nos observations, Breuss, à l'autopsie, put constater que l'insertion placentaire s'était produite sur le point de cicatrisation de la première rupture, avant que cette cicatrisation ait eu le temps de se faire complètement.

Nous venons de voir jusqu'ici que 10 femmes avaient eu une nouvelle rupture au cours de leur accouchement consécutif et étaient mortes. Est-ce à dire que toutes les femmes accouchant à terme ou près du terme spontanément feront une rupture de l'utérus et qu'elles en mourront. Non, puisque nous trouvons 8 cas où les femmes guérissent de leur nouvelle rupture.

Nous rapporterons pour mémoire seulement les cas de Rose, de Dubois, Erdey, Diepen, Trask. Les 8 cas de guérison de

rupture répétée (obs. XI à XVIII) furent traités de manières diverses, par laparotomie et par tamponnement. On eut seulement 3 enfants vivants, 3 morts et deux dont on ignore le résultat.

Ces faits démontrent l'influence néfaste du tissu cicatriciel dans la région du segment inférieur et les dangers que présente l'accouchement dans ces conditions. Ils viennent à l'appui de l'opinion soutenue par MM. Pinard et Varnier à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris.

Treize femmes d'entre ces 32 ont accouché spontanément à terme ou ont eu un accouchement prématuré mais spontané. Ces accouchements ont été pour la plupart laborieux et quelques-uns se sont compliqués, comme nous allons le voir. Sur ces 13 femmes, il y eut 9 accouchements à terme spontanément (obs. XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXIX) et 4 avortements dont 2 à 7 mois environ (obs. XXVIII et XXXI) un autre à 5 mois (obs. XXX) et le dernier à 3 mois environ (obs. XXVII).

Deux fois on dut pratiquer une version (obs. XXV et XXVI) et 2 autres fois une application de forceps (obs. XIX et XXIX) dont une au détroit supérieur (obs. XIX).

Sur ces 13 femmes ayant expulsé des produits de conception, 9 enfants sont nés vivants obs. XIX, XX, XXI, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII et XXXI, 2 de ces enfants se sont présentés par le siège (obs. XXVII et XXVIII) et un de ceux-ci, né vivant, mourut au bout de 3 heures. Un autre enfant (obs. XXIII) est mort-né, probablement le circulaire trouvé autour du cou en est la cause.

La délivrance se fit presque normalement chez toutes, sauf cependant deux femmes (obs. XIX et XXX) chez qui on pratiqua une délivrance artificielle.

L'observation XIX nous montre en plus ceci d'intéressant, c'est que la grossesse consécutive à la rupture s'est ici compliquée d'une rétroversion de l'utérus, avec rétention d'urine.

M. Champetier de Ribes, dans le service où elle se présenta, fait la réduction une première fois, elle revient 2 jours après, la rétroversion s'était reproduite et avait une rétention d'urine de 1.200 grammes. Après réduction elle rentra chez elle et fit un avortement. Redevenant à nouveau enceinte elle est toujours atteinte de la même rétroversion utérine et de rétention d'urine (1.300 gr.). M. Champetier de Ribes réduisit cette fois, la rétroversion qui ne se reproduisit plus, et la femme mena sa grossesse à terme. Pour l'accoucher cependant on fit une application de forceps au détroit supérieur et, profitant de la narcose, une délivrance artificielle. La femme fut guérie.

Nous avons complété cette observation et avons appris en même temps que cette femme poursuivait à l'heure actuelle sa 15^e grossesse et que tout semblait évoluer normalement.

Ainsi donc au résumé de ce chapitre nous avons trouvé un total de 31 femmes, ayant conservé leur utérus et redevenant enceintes; sur ce total, nous avons enregistré 18 nouvelles ruptures et 10 morts, 13 autres femmes sont allées à terme mais avec des accouchements laborieux. Sur ce total nous avons eu 16 enfants vivants, 6 morts et 9 sans renseignements.

OBS. I. — VARNIER, *Comptes rendus de la Société d'Obst. de Gyn. et de Pædiatrie de Paris*, 28 mai 1899. — 5^e grossesse, rupture sous-péritonéale du segment inférieur, prolongeant une cicatrice consécutive à une déchirure ancienne du col et du segment inférieur. Version, tamponnement. Mort par hémorragie 3 heures après l'accouchement. Déchirure du pédicule vasculaire.

Le 1^{er} novembre 1894, à 4 heures du matin, et pour inaugurer mon clinicat chez M. Pinard, j'étais appelé à la clinique Baudelocque auprès d'une multipare (5^e accouchement) en travail avancé, chez laquelle on n'avait pu, malgré l'intégrité des membranes, remédier à une présentation de l'épaule.

A mon arrivée, je trouve en effet la tête fœtale dans le flanc gauche, le siège dans la fosse iliaque droite, le dos en avant. Par manœuvres externes (la poche étant intacte), je ramène sans difficulté la tête au-dessus

de l'aire du détroit supérieur et je la confie à la sage-femme en chef qui la maintient, non sans peine, pendant que je m'apprête à pratiquer le toucher. Celui-ci me montre pourquoi la tête reste très élevée et tend sans cesse à filer (il en est ainsi depuis le matin) dans la fossé iliaque gauche. Dans une volumineuse poche des eaux, ayant dilaté au maximum l'orifice dont les bords sont extrêmement souples, se trouvent, outre le cordon, un membre thoracique et le membre inférieur droit.

Ces parties procidentes empêchent la descente de la tête, que je sens, par le toucher manuel, en avant et haut au-dessus du détroit.

Le bassin est grand ; et d'ailleurs, chez cette femme très bien conformée, 4 accouchements antérieurs se sont terminés sans dystocie sérieuse.

Le 1^{er} en 1882, par une simple application de forceps ; enfant vivant volumineux.

Le 2^e en 1884, spontanément par le sommet ; enfant vivant

Le 3^e en 1886, spontanément par le sommet ; enfant vivant.

Le 4^e en 1890, spontanément par le siège ; enfant mort-né.

Dès lors il semble s'agir d'un simple défaut d'accommodation chez une multipare à bassin normal. C'est la dystocie quasi-banale. La dilatation est complète, l'enfant vivant. De plus nous avons la double chance que la poche des eaux ait tenu jusqu'à présent et qu'un tracteur, le pied droit, se présente dans la poche.

Qui donc, en pareil cas, aurait songé à porter un pronostic réservé ?

Arrivé à 4 heures, j'avais terminé sans chloroforme, à 4 h. 15, l'extraction d'une fille vivante de 4.700 grammes, à SOF de 123 millimètres. Et à 7 heures et demie on me téléphonait que la mère venait de succomber.

Voici ce qui avait été observé entre 4 h. 15 et 7 h. 30.

Mon intervention avait été d'une simplicité enfantine.

Ayant rompu les membranes, j'avais saisi le pied droit (pied postérieur) qui se présentait dans la poche. La rotation spontanée l'ayant transformé en pied antérieur, la descente du siège et le dégagement des bras et de la tête en SID s'étaient faits sans qu'à aucun moment j'eusse éprouvé la moindre résistance ; c'est la version la plus simple que j'ai jamais pratiquée. Au cours de l'intervention, faite sans chloroforme, la parturiente ne pousse pas un cri et nous ne notons aucun symptôme anormal. L'enfant crie de suite ; un flot de liquide amniotique de coloration normale le suit. Pendant que je m'occupe de l'enfant, la sage-femme de garde fait une injection vaginale chaude et extrait (4 h. 17) le placenta qui spontanément se présente à la vulve et les membranes intactes.

On fait ensuite une injection intra-utérine, qu'on prolonge un peu, l'eau étant colorée.

Ce n'est qu'au bout de quelques minutes que mon attention est appelée sur la persistance de l'écoulement sanguin. La rétraction utérine étant parfaite, je pense d'abord à une hémorragie vulvaire ou vaginale. La femme mise en travers, les vulves appliquées, il me paraît que l'hémor-

ragie, qui se fait sans saccades et par un jet bien visible, n'est ni vulvaire ni vaginale, mais cervicale, et vient d'une déchirure du col dont je crois atteindre la limite supérieure au-dessous de l'insertion vaginale. Il ne me paraît pas que la déchirure gagne le segment inférieur. Ne pouvant mettre à nu la source, l'hémorragie devenant inquiétante (le temps de préparer les instruments et malgré la compression manuelle on a recueilli 950 grammes de caillots), je fais un tamponnement serré avec trois paquets de gaze iodoformée.

L'hémorragie paraît arrêtée, l'utérus reste dur et bas, le coton vulvaire n'est pas taché.

A part l'accélération et la petitesse du pouls, l'accouchée ne présente aucun des phénomènes qui accompagnent les hémorragies graves : ni bâillements, ni tintements d'oreilles, ni nausées, ni tendance syncopale.

A 5 heures je la quitte rassuré, laissant près d'elle la sage-femme en chef, qui quelque temps après mon départ, remarquant la petitesse du pouls et ses intermittences, élève les membres inférieurs, fait des piqûres d'éther et donne du champagne. La femme se sentant un peu mieux, la sage-femme en chef la quitte à son tour, laissant près d'elle la sage-femme de garde, qui maintient la main sur l'utérus et examine souvent la vulve pour s'assurer qu'il ne s'écoule pas de sang de ce côté.

A 7 heures, la sage-femme en chef est rappelée : l'accouchée ne respire plus et on sent à peine le pouls. Il y a des marbrures violettes sur tout le corps. Piqûres d'éther, oxygène, respiration artificielle. Tout est inutile.

Prévenu à 7 heures et demie de la mort de cette femme, j'étais à la clinique à 8 heures, et je pouvais constater :

1° Que l'utérus était resté petit, dur et bas à 16 centimètres au-dessus de la symphyse, donc pas d'inertie ni de perte interne ;

2° Que l'alèze n'était pas tachée, et que le coton vulvaire présentait une tache de sang qui n'était pas plus large qu'une pièce de cent sous.

3° Que derrière mon tampon, que j'extrais, il n'y a pas de caillots.

Mais le tampon est imbibé. Composé de trois paquets de gaze pesant ensemble 60 grammes à l'état sec, il pèse maintenant 560 grammes.

C'est cette perte de 560 grammes, cachée et absorbée par le tampon, qui, succédant à une première hémorragie (pesée) de 950 grammes, a entraîné la mort. (Voilà, soit dit en passant, un nouveau méfait du tampon *digue infranchissable* !)

Mais si nous trouvions là l'explication de la mort, nous ne pouvions toujours pas comprendre l'origine d'une hémorragie génitale si rapidement grave sans rupture de varices, sans rupture du vagin, sans inertie utérine.

Les déchirures du col, même très étendues, mais non compliquées d'inertie du corps, n'entraînent pas de pertes graves à ce point. Vous en aurez la preuve tout à l'heure en examinant la pièce.

La rupture utérine ? Mais, outre que la perte abondante de sang ruti-

lant par les voies génitales n'est pas dans les allures de ce redoutable accident du travail, où en trouver dans ce que j'ai dit plus haut les éléments étiologiques et symptomatiques ?

C'est pourtant d'une rupture utérine qu'il s'agissait. Je reviendrai dans une communication ultérieure (sur le traitement chirurgical de la rupture utérine) sur le mécanisme exceptionnel de l'hémorragie dans ce cas particulier.

Pour l'instant, je ne veux parler que du siège et de la cause de la rupture qui, seuls, rentrent dans notre sujet.

AUTOPSIE. — A l'autopsie, la cavité péritonéale ne renferme pas une goutte de sang.

L'utérus médian, sans torsion, a son fond à 14 centimètres au-dessus de la symphyse. En l'inclinant à droite, on découvre une légère ecchymose sur le ligament large gauche. Le péritoine est intact. Après une exploration attentive des culs-de-sac péritonéaux, qui sont intacts, l'utérus est enlevé avec le vagin et la vessie.

J'incise le tout sur la ligne médiane antérieure (figure), et l'on voit alors une déchirure (*ab*) en forme de croissant allongé, un peu oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Elle correspond à l'ecchymose du ligament large gauche et mesure 6 centimètres de long sur 7 millimètres de largeur maxima. Son angle supérieur, qui répond à la limite supérieure (CR) du segment inférieur (SI), se trouve à 116 millimètres de l'orifice externe du col, à 165 millimètres du fond externe et à 142 millimètres du fond interne (*f*) de l'utérus. Son angle inférieur (*b*) est situé à 60 millimètres de l'orifice externe. Il correspond à l'angle supérieur pointu et francé d'une *ancienne déchirure du col*, produite au cours d'un accouchement antérieur (peut-être le dernier) et ayant dépassé l'orifice interne et intéressé la région voisine du segment inférieur.

La cicatrice fibreuse (*bed*) qui a succédé à cette ancienne déchirure a la forme d'un triangle, dont la base (45 millimètres) inférieure (*cd*) répond à la région du cul-de-sac vaginal postéro-latéral gauche. Les côtés, formés par les bords cicatrisés à distance et convergents vers le haut, de l'ancienne déchirure cervicale mesurent environ 5 centimètres.

La région sous-jacente de la paroi vaginale jusqu'à 3 centimètres (*e*) au-dessous de la ligne des culs-de-sac est dépliée et semble avoir participé à la déchirure ancienne et à la transformation fibreuse consécutive.

Cette déchirure ancienne a porté à l'union gauche des parois postérieure et antérieure du col ; car celui-ci, étalé à la suite de la section médiane antérieure, se compose de deux fragments inégaux : un gauche ayant 45 millimètres de large ; un droit ayant 65 millimètres.

Notez l'épaisseur décroissante de la paroi utérine, qui, au corps, mesure 35 millimètres ; à la limite du corps et du segment inférieur, 25 millimètres ; et 14 millimètres seulement (*x*) sur le segment inférieur.

C'est sans doute le froncement de l'orifice interne et de la zone pro-

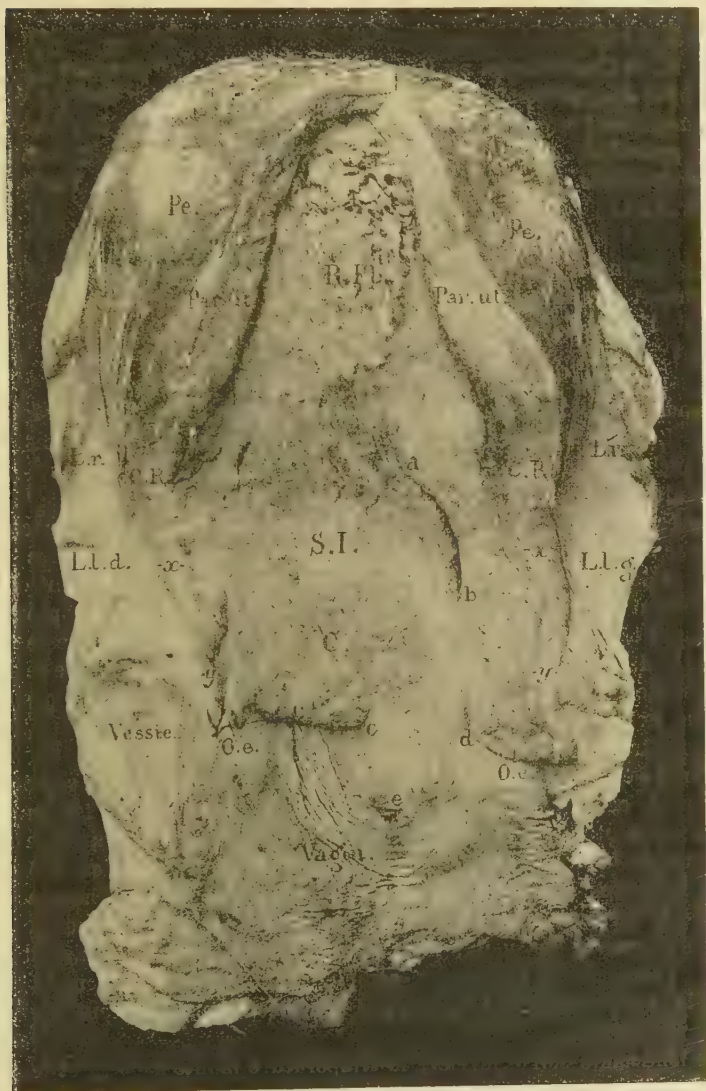


FIGURE (1/3 de grandeur naturelle) VARNIER.

chaîne du segment inférieur par cette cheville fibreuse cicatricielle qui, en opposant une résistance à leur expansion complète (d'autant plus

nécessaire ici qu'il s'agissait d'une grosse tête : 123 millimètres de SOF), a été le point de départ de la rupture du segment inférieur.

OBS. II. — CHAMPETIER DE RIBES ET VARNIER. — 7^e grossesse, rupture utérine diagnostiquée à l'occasion d'un curettage, le 3^e jour après l'accouchement. 8^e grossesse, rupture utérine au-dessus de la cicatrice de la première, délivrance artificielle, infection puerpérale, curettage. Laparotomie. Mort le 10^e jour (in thèse de M. SAUVAGE, Paris, 1902, obs. XXI).

Une femme de 34 ans, ayant déjà expulsé spontanément six enfants à terme et vivants, accouche spontanément le 6 février 1900, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, d'un enfant vivant, venu prématurément à 8 mois et pesant 2.620 grammes. Au cours du travail, qui a duré 19 h. 30, on n'a rien constaté de particulier.

Pendant la période de délivrance, il s'écoule une très petite quantité de sang. Le délivre est extrait, par expression utérine, 30 minutes après l'accouchement et suivant le procédé de M. Champetier de Ribes ; aucune difficulté.

Après la délivrance, l'utérus, qui s'est d'abord bien contracté, se relâche un peu par instants : il s'écoule alors du sang par la vulve ; l'état général de la femme, excellent jusqu'alors, s'altère rapidement et profondément ; il n'existe aucun rapport entre la gravité des symptômes et la quantité très peu considérable de sang perdu. Quinze minutes environ après la délivrance, la femme est prise d'un accès convulsif ; elle se débat, pousse des gémissements, puis tombe dans un état de torpeur profonde, pâleur extrême, perte de connaissance, pouls lent et mou, suintement sanguin très faible, mais continu par la vulve.

Après s'être assuré que le délivre est entier et avoir très rapidement exploré la cavité utérine qui ne contient pas de caillots, on fait un tamponnement utéro-vaginal serré à la gaze iodoformée ; injection sous-cutanée de 750 grammes de sérum. L'accouchement a eu lieu à 2 h. 30 ; vers 10 heures du matin, au moment de la visite de M. Champetier de Ribes, la torpeur est moins profonde ; quand on lui pose une question, la malade ouvre les yeux, mais elle ne répond pas ; le pouls est meilleur, l'hémorragie externe a complètement et définitivement cessé depuis le tamponnement. La malade ne revient complètement à elle que dans l'après-midi.

Le lendemain soir 8 février, la température monte à 39°,2 et le pouls, qui dans la matinée était à 64, s'élève à 112 ; on enlève le tamponnement et on touche avec de la teinture d'iode les escarres qu'on trouve dans le vagin ; mèche vaginale à la gaze iodoformée.

Le 9 février, au matin, la température était de 38° et le pouls à 120.

M. Champetier fait le curettage : par l'examen à l'aide de valves, avant l'introduction de la curette dans l'utérus, il constate l'existence de plusieurs petites escarres vaginales et d'une déchirure intéressant la commissure droite du col dans toute sa hauteur ; le cul-de-sac vaginal est intact ; une pince à pansement, introduite avec précaution dans la cavité utérine, tombe le long du bord droit de l'utérus dans une crevasse qui continue verticalement vers le haut, la déchirure de la commissure. Cette sensation est contrôlée et confirmée par le toucher intra-utérin fait à l'aide de l'index ; la crevasse semble se prolonger sur une assez grande hauteur dans l'intérieur de la cavité utérine ; mais une exploration plus approfondie, qui pourrait préciser le degré d'extension de la rupture, paraît trop dangereuse.

Curettage fait en évitant soigneusement tout contact de la curette avec la déchirure.

Suites du curettage : la température qui atteint 38°,6 le soir de l'intervention et 38° le lendemain soir, reste ensuite constamment inférieure à 38° et revient à la normale le 8^e jour après l'accouchement (5^e après le curettage), mais le pouls oscille autour de 100 jusqu'à la veille du départ.

Pendant cinq jours, on a fait un pansement quotidien : attouchement des escarres vaginales et cervicales à la teinture d'iode et mèche de gaze iodoformée dans le vagin ; à partir du 6^e jour, injections vaginales toutes les quatre heures.

La femme quitte le service onze jours après l'accouchement.

Nouvelle grossesse. — D. R. 27-28 novembre 1900. — Céphalée, palpitations, douleurs pendant la marche ; régime lacté.

La poche des eaux s'étant rompue prématurément le 22 juillet 1901, la femme est admise le même jour à la Maternité de l'Hôtel-Dieu. Début des douleurs le 31 juillet. Expulsion spontanée d'un enfant de 8 mois pesant 2.350 grammes en présentation du sommet. Durée du travail : une heure. Le placenta ne se décollant pas et la femme ayant perdu 550 grammes de sang, on pratique la délivrance artificielle une heure après l'accouchement ; membranes incomplètes ; la déchirure de la commissure droite du col s'est reproduite exactement comme à l'accouchement précédent ; cul-de-sac vaginal intact.

Injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum.

A 5 h. 30 (2 h. 30 après l'accouchement), l'état général de la femme s'aggrave brusquement ; cyanose du visage, dyspnée, angoisse, pouls petit et rapide, difficile à compter.

Au bout de quinze minutes, ces accidents s'atténuent et la femme s'endort paisiblement.

Vers 7 heures du matin, les symptômes précédents réapparaissent et s'accompagnent de sueurs froides, refroidissement des extrémités, vertiges.

La femme reste ainsi jusqu'à 9 heures du matin ; à partir de ce moment

il se produit une amélioration progressive et, au bout d'une heure, l'état général redevient satisfaisant.

Depuis le 3^e jour après l'accouchement, douleurs dans le ventre : température entre 38° et 39°,8, pouls oscillant aux environs de 100, céphalée, diarrhée. Injections intra-utérines. Curettage par M. Daniel : très peu de débris.

7 août. — On constate dans la partie gauche du bassin une tumeur dure, douloureuse à la pression, volumineuse et remontant vers le flanc.

8. — Météorisme très marqué; ventre douloureux.

9. — M. Legueu, suppléant de M. le professeur Duplay à l'Hôtel-Dieu, fait la laparotomie : le péritoine est rempli d'un liquide séro-purulent, l'ovaire et la trompe gauche forment une masse volumineuse très friable et adhérente à l'utérus.

Mort le 10 août, à 1 heure du matin.

AUTOPSIE. — 32 heures après la mort et limitée à l'abdomen. Sérosité purulente dans le péritoine : quelques anses intestinales adhèrent entre elles par des fausses membranes friables.

Les annexes du côté gauche forment une masse volumineuse purulente très friable qui adhère à l'utérus et à la paroi pelvienne correspondante. L'utérus est ouvert sur la ligne médiane et antérieure; il présente sur son bord droit et à la hauteur de l'isthme une cicatrice étoilée, reste de l'ancienne rupture, et au-dessous d'elle, une fissure verticale longue de 3 centimètres qui, peu profonde, intéresse seulement les couches internes du muscle utérin.

OBS. III. — CAUWENBERGE (van). — *Bulletin de la Société médicale de Gand*, juin 1846.

22 décembre 1845, le docteur Van Cauwenberge, médecin accoucheur à Huyse, fut appelé chez la femme D... demeurant à Eecke, mère de 4 enfants qui tous sont venus au monde naturellement. Il y a peu d'années, cette femme s'était vue atteinte tout-à-coup d'ostéo-malacie et était devenue paraplégique.

Enceinte pour la 5^e fois, une rupture de l'utérus se fit pendant le travail de l'accouchement. L'enfant passa dans la cavité péritonéale et dut en être extrait au moyen de la gastrotomie, opération qui fut faite par notre honorable correspondant et qui fit à cette époque le sujet d'une communication insérée dans nos publications.

La lésion primitive ainsi que l'opération qui en fut la conséquence furent suivies d'une guérison si parfaite que cette femme est devenue enceinte de nouveau et que la grossesse a parcouru régulièrement toutes les périodes.

À l'époque de l'accouchement M. Van Cauwenberge pratiqua le toucher et trouva que l'ostéo-malacie avait déformé le bassin à tel point qu'il lui

fut impossible d'introduire deux doigts entre les branches du pubis.

Appelé pendant le travail, notre collègue fut à peine quelques instants près de la malade qu'une nouvelle rupture de l'utérus eut lieu, mais cette fois sans que la patiente s'aperçût du bruit ou du craquement qu'elle avait si nettement entendu lors de sa première couche.

Dans cet état de chose, M. Van Cauwenberge pratiqua, comme il avait fait deux années auparavant, la gastrotomie et fit l'extraction de l'enfant. Cette fois, malheureusement, la mort fut la suite de cette opération grave par elle-même et par la lésion qui l'avait rendue nécessaire.

Il n'a pu obtenir d'en faire l'autopsie.

Malgré cette fâcheuse terminaison, le cas rapporté n'en prouve pas moins que la rupture de l'utérus suivie de la gastrotomie est susceptible de guérison, telle que la femme peut concevoir de nouveau et que l'on peut même espérer que l'accouchement suivant se fera naturellement, pour autant cependant qu'il n'y eût point, comme dans le cas actuel, une trop grande difformité du bassin.

OBS. IV. — ALBERTS, Ruptura uteri incomplet interna spontanea. Heilung, *Berliner klin. Wochenschrift*, n° 46, p. 644, 1880.

Le 1^{er} juin 1879, le matin, à 9 heures, je fus appelé chez une femme Vpare.

C'était une femme de petite taille, robuste, âgée de 30 ans, rachitisme très accusé.

Les douleurs auraient commencé à 2 heures du matin, et la rupture des membranes aurait eu lieu peu de temps après. La sage-femme, arrivée à 4 heures du matin, avait constaté la rupture des membranes et une dilatation de 1 franc. Les douleurs continuant, la tête aurait amené la dilatation complète du col peu de temps après. Depuis 2 heures, malgré des contractions énergiques et douloureuses, l'accouchement n'a fait aucun progrès et l'on me fait demander.

État actuel. — Vessie vide, fonds de l'utérus dévié à droite. Fœtus bien développé, vivant, position en O. I. D. P. Col complètement dilaté. Tête volumineuse, dure, avec sutures étroites et fontanelles comprimées vers l'orifice du col. L'occiput est fortement pressé au-dessous du pubis. Au-dessus du pariétal antérieur, une bosse séro-sanguine, moyenne. Le bassin un peu rétréci uniformément est surtout plat. Paroi antérieure du bassin large, élevée et abrupte. Diamètre oblique n'atteignant pas 11 centimètres, douleurs fréquentes et bonnes.

J'ai appris ce qui suit :

- 1^{er} accouchement, 1871, spontané, d'un enfant de grande taille, vivant ;
- 2^e, 1872, enfant mort-né, à terme, avec procubitus du cordon ;
- 3^e, 1873, version et extraction d'un enfant mort-né, à terme ;
- 4^e, 1877, accouchement spontané d'une fille vivante, de petite taille, morte 6 semaines après.

Dans tous, suites de couches normales.

L'état général étant bon, le traitement à employer n'offrait pas de doute. En raison de l'étroitesse du bassin, de l'écoulement des eaux depuis plusieurs heures, du volume du fœtus, du volume et de l'ossification du crâne, il ne pouvait plus être question de version, qui aurait donné de mauvais résultats pour l'enfant. La version était d'autant moins indiquée que la tête était en train de s'adapter à l'étroitesse du bassin ; il fallait donc atténuer les poussés douloureuses et énergiques en donnant de petites doses de morphine, venir en aide à la pression abdominale et fixer l'utérus mobile avec l'aide d'un bandage serré. Pour tout le reste il fallait attendre, et c'est ce qui fut fait.

J'ai revu la femme 2 heures plus tard, et voilà ce que me dit la sage-femme. Jusqu'à il y a 1 heure et demie environ, les contractions se suivirent presque sans interruption, puis cessèrent complètement et brusquement. La tête semble même être remontée dans la cavité utérine et quel changement dans l'état général !

L'expression presque angoissante de son visage a fait place à une quiétude presque bienfaisante, elle se plaignait de douleurs lancinantes autour de l'ombilic. La respiration, il est vrai, était un peu pénible. L'abdomen très sensible à la pression. Pas de collapsus, pouls peu accéléré.

En revanche, le contour de l'utérus était très diffus, sa consistance était molle et pâteuse. Un peu au-dessous de l'ombilic on percevait très nettement, comme situés sous les parois abdominales, un coude avec son avant-bras correspondant, et l'examen interne confirma ce qu'avait trouvé la sage-femme. Le col pendait relâché dans le vagin, la tête élevée est mobile au-dessus du détroit ; pas d'hémorragie bien notable. Comment expliquer cet état ? Les forces expulsives n'étaient plus en état de chasser, à travers le détroit rétréci, cette tête dure et volumineuse ; le muscle utérin était paralysé après quelques heures de travail ; la paroi cervicale, extrêmement dilatée, n'a pu garder la tête et les épaules qui se trouvaient dans le col. Le muscle s'est déchiré, les parois ont cédé au point de moindre résistance. Ce qui plaidait en faveur d'une déchirure c'était la cessation complète de travail, la rétrocession de la tête, les parties que l'on percevait sous les parois abdominales. L'anneau de Bandl n'était ni visible, ni perceptible, quoique recherché avec soin. Que la rupture soit complète ou que la séreuse soit encore intacte, qu'il s'agisse d'une rupture complète ou incomplète (en faveur de la complète plaident les petites parties senties dans la cavité abdominale ainsi que l'absence de toute hémorragie externe abondante ; en faveur de l'incomplète, l'absence de collapsus), il fallait toujours intervenir rapidement et extraire le contenu de l'utérus. L'enfant vivant, la perforation du crâne était contre-indiquée, et vu des difficultés techniques il ne me restait donc qu'à pratiquer la version pour sauver la vie de la mère. Narcose complète ; ayant demandé un confrère, j'introduisis ma main droite à gauche, en arrière de la tête, je saisis le pied le plus proche, je fais la version et j'extrais l'enfant, tandis

que mon confrère m'aide, en exerçant des pressions externes et uniformément.

Le fœtus est extrait sans difficulté aucune jusqu'au sacrum, et il se produisit alors une hémorragie intense. Extraction du coccyx et du tronc; l'abaissement des deux bras relevés présenta quelques difficultés, la tête s'est accrochée par le menton au-dessus de la fosse iliaque droite, tandis que l'occiput est situé au-dessus de la branche horizontale gauche du pubis. Ce n'est qu'avec peine que je pus exécuter la manœuvre de Mauriceau, mais la tête n'avance que peu, je ne puis l'extraire. Les manipulations faites à Prague ne donnent que la fracture de la colonne vertébrale. Il ne me reste donc plus qu'à faire la craniotomie sur l'enfant vivant. J'introduisis le perforateur, détruisis et enlevai par lavage la masse encéphalique et je broyais le crâne avec le cranioclaste. La cuiller externe fut mise au-dessus de l'œil droit et de la bosse frontale, je réussis alors, avec l'aide de mon assistant qui surveillait les contractions utérines, à extraire sans difficulté la tête.

C'était un garçon très développé. Délivrance spontanée, sans hémorragie consécutive. Utérus bien contracté, est surveillé pendant assez longtemps. Irrigation phéniquée. Bandage de corps. A son réveil la malade se sent bien, ne se plaint de rien; je prescris de la glace et de l'ergot de seigle. Le diagnostic de rupture interne incomplète fut confirmé par les suites de couche.

En effet, dans le courant du même jour, il se développa au-dessus de la branche horizontale droite du pubis, une tumeur plus grosse que le poing à surface lisse; il y avait donc un hématome sous-péritonéal. La malade, ne pouvant pas être soignée chez elle, est transportée à l'hôpital où elle demeure 7 semaines. La guérison inespérée survint; l'hématome augmenta de volume au début et s'étendit jusqu'au tissu de la grande lèvre droite; si l'on embrassait avec précaution le fond de l'utérus, on sentait que la tumeur sanguine grossissait, en même temps que l'utérus se contractait pour revenir à son premier état avec le relâchement. Elle sort guérie le 27 juillet.

Début d'une *nouvelle grossesse* quelques semaines après. Ayant constaté par la palpation et la mensuration du bassin, que celui-ci est uniformément rétréci, que le diamètre diagonal est de 10,5, que le promonto-sous-pubien est de 8, j'ai conseillé à la malade de se présenter à moi en temps utile pour faire un accouchement prématuré.

Elle ne suit pas mon conseil, et le 1^{er} mai je refuse d'assister l'accouchée. Il survint une rupture complète et la mort par septicémie le 7^e jour.

AUTOPSIE (docteur Friedlander). — Corps de l'utérus dans toute son étendue antérieure, séparé du col par une déchirure transversale.

Il fut impossible de trouver trace de la première cicatrice, cela très probablement parce qu'elle aurait servi de point de départ à la seconde.

Sur le cadavre, le diamètre promonto-sous-pubien était de 7,7; le diamètre transverse de 12,6.

OBS. V. — WENZEL, *Centraltlatt fur Gyn.*, n° 47, 1882.

14 septembre 1872, à 8 heures du soir, l'auteur fut appelé chez Mme K..., VIpare, âgée de 26 ans et bien portante.

La sage-femme qui était chez la malade raconte que les eaux se sont écoulées il y a 8 heures, que le travail a bien marché, mais que le fœtus n'avance pas. L'examen digital indique un col rigide, ferme et dilaté seulement en partie. La tête occupe le détroit supérieur en OIGA.

Le début du travail se manifesta par des contractions utérines irrégulières très fortes, la malade se plaignait de douleurs avec crampes, en arrière de la symphyse pubienne.

Pour faire dilater le col et obtenir des contractions plus régulières et plus uniformes, je prescrivis 3 centigrammes de morphine avec 75 milligrammes de tartre stibié. On obtint un repos très court de 3 minutes seulement et les contractions reprirent immédiatement, aussi irrégulières qu'avant. Elles sont brusques et violentes.

Il est presque impossible de maintenir la femme, elle fait un effort brusque, se place sur son côté gauche, porte immédiatement sa main vers la portion inférieure de l'abdomen et dit que quelque chose vient de se déchirer.

Il n'en était malheureusement que trop vrai. L'utérus n'a pu résister à ces efforts incoordonnés et violents ; la malade allait expulser son produit de conception dans la cavité abdominale. La présentation s'effaça et une légère hémorragie se produisit. L'auteur introduisit la main pour saisir les pieds ; à travers la déchirure, la tête s'échappe dans la fosse iliaque gauche. Il fut facile de saisir et d'abaisser les membres inférieurs, mais il fallut exercer de fortes tractions pour faire la rotation et extraire du bassin le corps du fœtus, on y parvint au moyen de laes.

Après l'expulsion du tronc, la tête séjourna encore au-dessus du pubis, elle n'avait pas franchi la déchirure. La face regarde la partie antérieure de l'abdomen de la mère, l'utérus est tellement contracté qu'il est impossible de songer à faire traverser à la tête la déchirure. Le cœur ayant cessé de battre, on saisit la tête rapidement, et l'on termina l'opération au moyen du perforateur et du crochet.

Après la délivrance, une large portion d'épiploon passa à travers la déchirure et sortit par la vulve, on lava soigneusement cette masse à l'eau tiède et on la réintroduisit dans l'abdomen. Le vagin fut tamponné légèrement avec de la gaze pour éviter une récurrence. Le shock ne fut pas trop considérable. Pouls faible, 130. Pas de syncope ni de vomissements.

La malade ne souffrant nullement, se disant bien, on la plaça sur un lit, dont on éleva les pieds, on plaça un large bandage autour de l'abdomen, on prescrivit 3 centigrammes de morphine toutes les 2 heures. 42 heures plus tard, elle dormait tranquillement et son pouls était à 120. Tympanisme, pas de douleur à une pression modérée. On enleva les

tampons et l'on fit un lavage à l'eau tiède. Des compresses chaudes imbibées de camomille sont appliquées sur l'abdomen, 4 centimètre et demi de morphine. Thé glacé et eau d'avoine comme boissons.

Douze heures plus tard, l'épiploon sortit à nouveau du vagin de 4 pouces. Rien de changé dans l'état général de la malade. Le traitement est continué, et on lave continuellement à l'eau tiède la masse épiploïque qui fait hernie à l'extérieur. Quinine et stimulants. Repos complet dans le décubitus dorsal. Pas de lochies à proprement parler. Le 4^e jour seulement apparaît un écoulement semi-purulent, légèrement fétide, qui continua durant 6 semaines. En même temps que cet écoulement, l'épiploon suppure légèrement et disparaît après 5 semaines ; c'est alors que la malade quitta le lit et, 6 semaines après, le début de l'accouchement vaquait à ses occupations.

Deux mois plus tard, l'examen au spéculum fit voir une déchirure longue de un quart de pouce, s'étendant obliquement sur la lèvre antérieure du col, un peu à gauche de la ligne médiane. La déchirure était remplie de bourgeons, saignant facilement au moindre attouchement.

Onze mois après l'accouchement il n'y a qu'une simple cicatrice.

Douze mois plus tard, elle redevient enceinte pour la 7^e fois, elle avorte à 4 mois.

Deux mois plus tard, elle commence sa 8^e grossesse et accouche avant terme au 6^e mois d'un enfant qui ne vécut que quelques minutes.

3 septembre 1875. — Elle mène à terme sa 9^e grossesse. Le travail marcha bien pendant 4 heures, puis subitement les contractions cessent, une hémorragie se produit, avec prostration extrême, visage altéré. La respiration s'accélère, le pouls devient petit et fréquent.

L'examen vaginal démontre que le col n'est plus et que la tête est située au-dessus du pubis, hors de la cavité utérine.

Administration de 30 grammes d'eau de vie, délivrance par version podalique, qui fut facilement pratiquée. Le placenta détaché sortit en même temps que les pieds. On eut un enfant mâle du poids de 8 livres trois quarts mort.

On prescrivit à la malade de l'eau-de-vie et de l'extrait de viande ; à l'extérieur des applications chaudes.

Plus tard, il survint des vomissements noirs, ressemblant à du marc de café, et la malade rejeta tout ce qui lui était administré. Lavement à l'alcool et au jus de viande. Injection de morphine, mais 24 heures après elle mourut.

Impossible de faire l'autopsie.

La seconde déchirure se produisit dans l'ancienne cicatrice.

OBS. VI. — BREUSS, *Wien. medical Blätter*, Wien, n° 24, 1883.

Ce cas a trait à une femme qui avait eu une rupture de l'utérus et qui mourut à la suite d'un accouchement ultérieur.

A l'autopsie de cette femme, il fit les constatations suivantes : dans la paroi gauche de l'organe, existe un trou en forme de fente longitudinale de 3 centimètres, à bords arrondis, lisses, cicatriciels. Cette fente se continue en dehors avec une cavité vide, affaissée, du volume d'un citron, qui se trouve entre les deux feuillets du ligament large gauche. Les parois de cette cavité sont lisses et reliées entre elles par des brides filiformes ou trabéculaires qui traversent la cavité. Au pourtour de la cavité, le tissu du ligament large est induré, un peu épaissi seulement, mais nulle part infiltré de sang.

En bas la fente se termine par une cicatrice annulaire qui s'étend jusqu'à la lèvre postérieure du col et dont les tissus à la surface sont légèrement écartés les uns des autres.

La cavité que nous venons de décrire en forme de fente et sa communication avec le canal cervical doit, à en juger par sa nature cicatricielle, être plus âgée que 4 jours, elle ne s'est donc pas produite au cours de l'accouchement actuel ; comme nous pouvons lui assigner une autre origine, nous devons admettre qu'il y a eu une rupture utérine, pénétrante, mais guérie, s'étant ouverte, comme cela arrive souvent, dans le paramétrium. Les antécédents confirment pleinement cette origine de la cavité, le siège et la nature militent en faveur de la grossesse précédente.

Au cours de la dernière grossesse survenue après guérison de la déchirure antérieure, l'insertion du placenta se fit sur le point de cicatrisation, avant qu'elle fût terminée, c'est ce qui explique les plaintes de la femme qui se continuèrent pendant le développement, et c'est cette insertion qui explique aussi les adhérences intimes entre le placenta et la paroi utérine. Enfin, pendant l'accouchement, le tissu cicatriciel rigide se décolla un peu, un vaisseau très développé s'ouvrit dans le voisinage du placenta et donna naissance à une hémorragie.

A en juger par le mode de cicatrisation et la persistance en forme de fente de la déchirure utérine guérie, il y avait eu sans doute une déchirure longitudinale, intéressant toute la longueur du col, tel est la cause de tous les accidents.

OBS. VII. — MARSTON, in GREEN, *Transact. of the American gynaik. society*, Boston, pp. 209-219, 1888.

Dans ce cas, il y avait une rupture spontanée au 6^e accouchement, et la tête du fœtus passa au travers de la déchirure. On a extrait par le vagin un enfant mort, mais la mère guérit.

Seize mois plus tard, elle fait un avortement au 4^e mois.

Huit mois plus tard, elle fut prématurément délivrée au 6^e mois.

Onze mois plus tard, le travail commence à terme, et, après 4 heures, l'utérus se rompt à nouveau, au même endroit que la première fois, et la femme meurt après 24 heures.

OBS. VIII. — BURGER, *Münchener med. Wochenschrift*, n° 25, 1896.

Il y a sept ans, en 1889, l'auteur fut appelé chez une femme, IV^e pare. La parturiente était en collapsus, pâle, avec un pouls filiforme, perte de conscience. La sage-femme raconte que les douleurs, très intenses, cessèrent il y avait 20 minutes et que la femme avait eu une hémorragie.

Le fœtus serait en oblique et avec un procubitus du bras. Le ventre est très douloureux, très tendu à droite. L'on sent nettement le crâne, au-dessus et à côté une tumeur légèrement sphérique considérée comme l'utérus. Dos en avant.

Il y avait, à n'en point douter, position oblique du fœtus et rupture utérine. — Que faire? — Vu l'état misérable de la mère, et l'absence de médecin dans le voisinage, l'auteur se décide à extraire l'enfant par les voies naturelles. Quant à la question de savoir s'il ferait une version ou une embryotomie, il résolut de procéder d'abord à un examen interne.

Ayant légèrement endormi la femme, et injecté plusieurs seringues d'éther, il introduisit sa main dans le vagin, il s'échappa alors plusieurs caillots de sang. En allant plus profondément, il sentit un grand nombre de cordons, qu'il pensa être le cordon ombilical, mais qu'il reconnut plus tard être des anses intestinales. Après avoir fait cette constatation, il renonça à l'embryotomie de peur d'exposer l'intestin à une lésion. Il réussit à saisir un pied, fit la version et l'extraction rapidement.

Le placenta et une quantité abondante de caillots sanguins sont expulsés.

La main réintroduite sent au cul-de-sac et dans l'utérus les anses intestinales, il les repousse à travers la déchirure, qui occupait toute la paroi postérieure de l'utérus.

Injection d'ergotine, l'utérus se contracte et les anses intestinales demeurent dans l'abdomen.

L'hémorragie s'arrête, l'utérus est dur. Vin, teinture d'opium, vessie de glace, bouillon.

Les 5 jours suivant, la température atteignit 38°,6.

Examinée le 4^e jour, la femme est assez bien, ventre en relâchement, non douloureux, l'écoulement sanguin, est peu abondant.

Les 6 jours suivants, température normale.

Le 11^e jour la femme se plaint de douleurs dans le ventre. Le sang s'écoule et le thermomètre s'éleva à 39°,8. La femme avait eu la veille des rapports avec son mari. Glace.

Les douleurs et la température s'amendent, la malade s'en va 10 jours après.

Juste 9 mois 6 jours après, je suis appelé chez la même femme qui venait d'accoucher d'un garçon. La délivrance spontanée n'eut pas lieu. L'expression, d'après Crédé, échoua.

La main introduite trouva le placenta adhérent au siège de la rupture

précédente, et il suffit de tirer avec les doigts pour l'avoir. Suites normales. Enfant bien portant.

Un an plus tard, nouvel accouchement, avec hémorragie abondante. La sage-femme ne put faire la délivrance, et cette fois la femme mourait à mon arrivée de son hémorragie.

OBS. IX. — PETERS, *Centralblatt für Gynäkologie*, n° 49, p. 1346, 1901.
Diskussion zum vortrage der letzten Sitzung : Peham über uterusruptur in Narben.

Femme tertipare, apportée à la clinique après quelques heures de travail. Les deux accouchements antérieurs auraient été spontanés. Le début du travail eut lieu à 3 heures trois quarts, elle est apportée dans la salle d'accouchement à 5 heures et demie. A 5 heures trois quarts rupture des membranes (eaux colorées normalement). Peu de temps après, le crâne aurait été vu à la vulve, après de fortes contractions; collapsus, brusque cessation du travail. Appelé dans la salle, je pus constater une rupture utérine complète. Crâne profondément fixé dans le bassin, tronc du fœtus dans l'abdomen. Forceps. J'ai pu amener la tête jusqu'à la vulve, mais là je rencontre un obstacle insurmontable. Craniotomie.

La main introduite dans l'utérus constate simultanément l'entrée des épaules et l'utérus contracté, impossibilité de remettre le dernier en place. Je retire le cranioclaste, je tamponne l'orifice de la rupture, je fais la version et l'extraction, puis j'enlevais le placenta de l'abdomen. J'ai constaté alors une rupture complète du col, à forme circulaire, allant de droite en avant, jusqu'à gauche et en arrière. Irrigation avec une solution chaude de thymol. Le collapsus augmente, l'état devient alarmant. Quelques heures après drainage avec de la gaze iodoformée.

L'enfant exencéphalé pèse 3.300 grammes.

La laparotomie ne put être pratiquée par suite du collapsus profond dans lequel se trouvait la malade, qui meurt le même jour.

AUTOPSIE. — Déchirure circulaire étendue à travers toute la paroi du col, entre le corps et le segment inférieur de l'utérus traversant la paroi vésicale.

Péritonite ancienne (?). Péritonite putride récente. Beaucoup de sang dans l'abdomen.

La rupture de l'utérus était reliée en bas à de nombreuses cicatrices anciennes, situées dans le repli vésico-vaginal cervical.

Je n'ai pu obtenir de détails précis sur le premier accouchement; tout ce que l'on me dit, c'est qu'il fut spontané et qu'après l'accouchement Bandl a opéré une fistule vésicale cervico-vaginale.

Le 2^e accouchement fut spontané, enfant petit.

La mensuration ultérieure du bassin démontra que l'on avait eu affaire à un bassin plat, généralement rétréci (Cv., 9 centimètres).

OBS. X. — CRISTEANU, *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, avril 1901.

« Je pourrais, dit-il, citer encore un cas inédit de la maternité de Bucharest : une femme eut, à deux accouchements successifs, une rupture utérine guérie spontanément (Enfants morts.)

« A un troisième accouchement, la déchirure s'étant reproduite de nouveau, la femme succomba. »

OBS. XI. — LAMBRON, thèse de DENEUX, Paris, 1804.

La femme de Charles Dumont, vigneron, à Saint-Jean-de-la-Ruelle, près d'Orléans, âgée de 31 ans environ, d'une forte constitution et à terme de son 4^e enfant, ressentit les plus vives douleurs pour accoucher, le 8 août 1775, depuis le commencement du jour jusque vers les 8 heures du soir. A cette époque elles cessèrent immédiatement après qu'elle en eut éprouvé une dernière dont la force la plongea dans une syncope et lui arracha un cri qui saisit d'effroi les personnes qui l'entouraient.

La sage-femme, non moins étonnée que les assistants, voyant à l'instant même le sang couler, introduisit la main dans la matrice et fut bien plus surprise encore de n'y plus trouver l'enfant.

Cet événement ne la déconcerta pas au point de lui faire appeler du secours à l'instant même.

La femme n'éprouvant plus de douleurs et se plaignant seulement un peu du ventre, on attendit patiemment jusqu'au lendemain sur les 11 heures du matin. Remarquant alors que les syncopes devenaient plus fréquentes, que le pouls était convulsif et que les extrémités se refroidissaient, ont eut recours à M. Lambron, professeur et démonstrateur aux écoles de chirurgie d'Orléans, qui la trouva, dit-il, dans le plus grand état de faiblesse. Après s'être informé de ce qui avait précédé et avoir appris de la sage-femme qu'avant la dernière douleur l'orifice était dilaté de la largeur d'un écu de 6 francs, que la tête de l'enfant s'y présentait et que depuis elle n'avait pu la retrouver, il introduisit la main dans la matrice et reconnut que le fœtus n'y était plus et qu'il se trouvait dans le bas-ventre.

Il remarqua aussi en avançant la main que la saillie du sacrum rétrécissait le bassin. Assuré de la rupture utérine d'après ses recherches et persuadé qu'il ne pouvait terminer l'accouchement par les voies ordinaires, il proposa la gastrotomie et détermina la femme à s'y soumettre sans délai.

La famille voulant avoir l'avis de M. Théveneau, chirurgien d'Orléans, également connu par ses talents, on n'opéra que sur les 2 heures de l'après-midi, environ 18 heures après la rupture de l'utérus.

Le lendemain de l'opération, l'appareil paraissait très sec et faisait craindre que les matières ne fussent retenues dans le ventre par la trop grande approximation des bords de la plaie. On crut devoir y en substi-

tuer un autre et couper le point de suture inférieur pour leur donner issue, mais il n'en sortit qu'une cuillerée environ.

Le 2^e et 3^e jour n'offrirent rien de remarquable; aucun écoulement ne se faisant par la plaie, on supprima la bandelette effilée.

Le 4^e, les lochies commencèrent à paraître. Elles étaient noirâtres et sans odeur désagréable. La malade n'ayant pas encore été à la garde-robe, on lui administra un lavement qui produisit l'effet qu'on attendait.

Le 5^e jour, la tuméfaction et la sensibilité du ventre déterminèrent à couper les deux autres points de suture; on ne mit sur la plaie, qui était alors très sèche, que de la charpie, des compresses et une flanelle trempée dans une décoction émolliente.

On observa le 6^e jour que l'appareil était chargé d'une grande quantité de pus sanieux et fétide, que les bords de la plaie des téguments étaient écartés de 3 travers de doigts et que le tissu cellulaire des environs était comme gangrené, tandis que les parties charnues paraissaient bien remises, ce qui fit substituer à la décoction émolliente celle de persicaire dans du vin blanc qu'on anima d'un peu d'esprit de vin camphré. On continua cette dernière jusqu'au 12^e jour de l'opération, époque à laquelle la plaie parut belle et merveille. On fit des injections par le vagin avec les mêmes décoctions parce que les lochies étaient putrides et de mauvaise odeur.

Depuis le 21 août, 12^e jour des couches, jusqu'au 27 du mois, la plaie paraissant se cicatriser rapidement, elle ne fut pansée qu'avec la charpie sèche. Les lochies coulèrent plus abondamment et acquirent une meilleure qualité. Le ventre se détendit et cessa d'être douloureux, le sommeil et l'appétit revinrent, la malade enfin semblait toucher au terme de sa guérison. Mais dès le 28^e ces heureuses dispositions disparurent et de nouveaux accidents s'annoncèrent avec plus de danger que les premiers; de vives douleurs se firent sentir dans toute la région hypogastrique.

Le 29^e on y découvrit une tumeur de la grosseur d'un poing qui s'ouvrit spontanément 4 jours après et qui rendit abondamment un pus sanguinolent et de très mauvaise odeur; une escharre gangreneuse parut au même endroit. Sa chute y laissa un ulcère, qui fut pansé avec la charpie sèche et cicatrisé parfaitement dans l'espace de 15 jours.

Pendant le traitement de cet ulcère, la malade rendit plusieurs vers par la bouche et le fondement; il en sortit également 18 du foyer de l'abcès et 3 par le vagin, c'était des strongles bien vivants et ayant depuis 4 jusqu'à 6 pouces (16 cm. environ de long).

M. Lambron, qui avait cru d'abord que le foyer de l'abcès n'était que dans le tissu cellulaire, voyant tant de vers sortir par des voies différentes ne douta plus qu'il ne communiquât non seulement avec la matrice dont la plaie, suivant les apparences, ne se trouvait pas parfaitement consolidée, mais aussi avec le canal intestinal.

Malgré cet accident la femme se rétablit au point qu'elle put se livrer

aux travaux de la campagne au bout de 6 semaines, à compter du moment de l'opération.

L'auteur termine son observation en faisant remarquer que les mamelles ne se sont nullement tuméfiées dans le cours du premier mois de cette maladie, mais qu'après ce terme le lait s'y ait porté avec tant d'abondance qu'il aurait suffi à la nourriture de l'enfant s'il eût été vivant.

Cette femme, qui avait eu trois enfant avant l'accident dont il s'agit, et qui ne s'en était délivrée que par un travail très long et très pénible, devint enceinte de nouveau. Elle éprouva le même accident et souffrit la même opération avec autant de courage et plus de succès encore que la première fois.

Le 30 décembre 1779, elle fit appeler M. Lambron. Elle ne ressentait au moment de son arrivée que de très faibles douleurs ; mais les eaux s'écoulaient. Le travail ayant fait quelques progrès et l'orifice de la matrice se trouvant plus ouvert sur les 40 heures du matin, M. Lambron reconnut que la tête de l'enfant se présentait convenablement et en augura que les choses se termineraient plus heureusement que la première fois. Je n'attendais, dit-il, que des douleurs un peu plus fortes et plus expulsives pour aider cette femme à se délivrer. Il en vint quelques-unes, mais au moment où la plus vive se faisait sentir, cette infortunée annonça par un cri singulièrement aigu que son ventre se déchirait, elle tombe en syncope et les douleurs discontinuèrent. Remarquant aussitôt que la tête de l'enfant s'éloignait et ne pouvant plus la retrouver un instant après quoiqu'en portant 2 doigts fort en avant, M. Lambron jugea que la matrice s'était rompue et qu'il n'y avait de ressource que dans la gastrotomie qu'il pratiqua au bout de quelques instants.

Le ventre de la femme était devenu si douloureux qu'on ne pouvait le toucher, et l'enfant ne se manifestant pas plus d'un côté que de l'autre, M. Lambron se décida à opérer sur le côté droit, presumant que la matrice était déchirée au même endroit que dans l'accident précédent.

Il fit une incision à un travers de doigt de la cicatrice résultant de sa première opération mais plus extérieurement.

Le péritoine étant ouvert, il n'aperçut que l'utérus et les intestins dont plusieurs circonvolutions étaient adhérentes à la cicatrice ancienne. Il détruisit avec tout le soin possible celles de ces adhérences qui s'opposaient à son but et il plongea la main dans le côté gauche du ventre en passant au-devant de la matrice pour aller prendre le pied de l'enfant qui était couché, dit-il, le long des vertèbres de sa mère ; il en fit l'extraction suivant les règles de l'art ainsi que du placenta et du peu de sang qui s'était épanché de l'abdomen.

Cet enfant donna quelques signes de vie pendant une demi-heure, mais on ne put le conserver. M. Lambron n'a pu reconnaître, dans le cours de cette opération, le lieu où la matrice s'était déchirée. Il eut encore recours à la gastraphie malgré le peu de succès qu'il en avait obtenu la

première fois, mais il ne pratiqua la suture que parce que le ventre de la femme était en besace, le bandage de corps aurait exercé son action au-dessus de la plaie et n'aurait pu en rapprocher les bords. Il réduisit d'abord les intestins qui étaient sortis, et pendant que son élève les maintenait il pratiqua cette suture en commençant par l'angle inférieur de la plaie pour la continuer de bas en haut sans couper les fils, observant de ne rapprocher les bords de la plaie qu'à la distance de deux lignes (6 à 7 millimètres) afin d'entretenir une issue au sang qui pourrait encore s'épancher. Il appliqua de suite plusieurs compresses imbibées de vin chaud et recouvrit simplement le ventre d'une flanelle trempée dans une décoction émolliente, le bandage de corps lui paraissant inutile, traitement qu'il continua jusqu'à ce que la plaie fut bien détergée. Alors il employa la charpie sèche. Beaucoup de sang sortit par cette ouverture pendant les 4 premiers jours. La suppuration étant bien établie au 6^e et les bords de la plaie se trouvant enflammés, on coupa les points de suture.

Au 10^e jour elle était vermeille et n'avait qu'un travers de doigt de largeur, la suppuration était peu abondante. On s'aperçut que la membrane externe des intestins suppuraient et que des bourgeons charnues qui s'élevaient de la surface dénudée se réunissaient à ceux des parties voisines.

L'accident qui avait exigé la gastrotomie et cette opération elle-même n'eurent que les suites d'un accouchement ordinaire. La femme dormit pendant plusieurs heures dès la première nuit et ne ressentit que peu de douleurs dans le bas-ventre durant les 7 ou 8 premiers jours, encore furent-elles regardées comme des tranchées internes. Les lochies coulèrent librement dès les premiers instants par les voies naturelles, elles étaient d'un rouge pâle et sans fétidité. Les seins s'étaient tuméfiés le 4^e jour, et le mari commença à téter sa femme d'après le conseil de M. Lambon et continua de le faire pendant 3 semaines. Cette malade ne fut à la garde robe pour la première fois que le 8^e jour après l'opération, malgré les lavements qu'on lui avait administrés le 5^e et 6^e jour.

M. Lambon ne permit d'autre nourriture pendant les 10 premiers jours de l'opération qu'un bol de bouillon en 24 heures ; ensuite de la soupe, puis quelques œufs frais, enfin du pain et la viande lorsqu'il crut pouvoir le faire sans inconvénient. La boisson de la malade consista toujours en un peu de vin trempé de beaucoup d'eau.

La femme Dumont étant redevenue grosse encore après cette seconde opération, dont elle ne ressentait aucune incommodité, est accouchée naturellement le 31 août 1781 d'un enfant bien portant mais très petit.

(Observation extraite d'un mémoire encore inédit sur la rupture de la matrice que Baudelocque lut en 1782 à l'Académie de Chirurgie et qui en renferme beaucoup d'autres non moins intéressants.)

OBS. XII. — WENZEL, Three cases of rupture of the Uterus, *American journal of obstetr.*, avril 1882 (obs. 3).

Je fus appelé, le 8 septembre 1875, à 1 heure et demie du matin, chez Mme E. G..., qui était dans son 4^e mois. Les accouchements antérieurs furent normaux et rapides à l'exception du premier. A mon arrivée les membranes étaient déchirées, le travail progresse d'une manière satisfaisante jusqu'à 5 heures et demie du matin, la tête était engagée dans le détroit inférieur (?).

La malade se mit soudain à crier, se plaignant de sentir comme une déchirure se produire et des pincements au-dessus et en arrière du pubis.

Les contractions ne reviennent plus, on observe, à 4 pouces de l'arc de pubis et sur la ligne médiane, une tumeur du volume de la tête d'un enfant à terme, elle est très mobile en tous sens et provoque des douleurs intenses. La malade se met à vomir, son visage et ses lèvres deviennent livides, une transpiration abondante se produit. Le pouls filiforme est à peine perceptible. On mande un autre médecin, qui confirme mon diagnostic de rupture de l'utérus (docteur B...).

On décide d'extraire en une seule fois le fœtus. L'urine évacuée par cathétérisme, on donne des stimulants et sans aucune difficulté le forceps est appliqué. Nous extrayons un enfant mort, bien développé. L'hémorragie consécutive à l'extraction du placenta ne fut pas excessive. L'état de la malade s'améliore, le pouls devient plus frappé. Morphine dans du vin toutes les 2 heures. A midi, pouls 110, vomissements persistants, douleurs sourdes dans l'utérus. Application continue de compresses d'arnica sur le ventre ; à 8 heures, même état.

Le 9, à 8 heures du matin, les vomissements cessent. P., 100, pas de douleurs ; à midi, P., 120. Tympanisme, à 7 heures du soir, P., 100, se sent mieux, a de la force.

Le 10, à 9 heures du matin, P., 90, pas de changement notable depuis la veille. A midi, tympanisme semble diminué. La malade demande à son entourage de lui serrer le bandage ; à 7 heures du soir, P., 95.

Le 12, à 8 heures et demie du matin, P., 100 ; 2 selles, douleur à droite, comme une névralgie.

L'histoire ultérieure n'est pas intéressante ; qu'il suffise de dire qu'elle s'est bien rétablie.

Elle redevient à nouveau enceinte 5 années plus tard. Le travail commence le 23 septembre 1880 et progresse bien jusqu'au commencement de la seconde période, quand la malade s'écria que quelque chose venait de se déchirer. Les contractions disparaissent et, avec l'aide du même docteur que dans l'observation précédente, on extrait l'enfant.

Après la délivrance du placenta, on voit apparaître à la vulve des anses intestinales, qui sont réintroduites dans l'abdomen, et plusieurs caillots sanguins sont enlevés de la cavité péritonéale. La malade fut mise au lit, les épaules élevées, afin de faciliter le drainage. L'utérus se contracte. Morphine à dose élevée toute la nuit.

24 septembre. — A 11 h. 30 : P., 96 ; T., 39°,1 ; tympanisme.

A 8 h. s. : P., 98 ; T., 39°,7 ; nausées, a bu trop d'eau.

25. — A 4 h. 30 m. : P., 92 ; T., 38°,6.

A 5 h. s. : P., 100 ; T., 37°,7 ; inquiète, tympanisme augmente.

26. — A 8 h. 40 m. : P., 94 ; T., 38°,4.

A 6 h. s. : P., 94 ; T., 38°,7 ; plusieurs vomissements dans le jour.

27. — A 7 h. 45 m. : P., 102 ; T., 38°,9 ; vomissements, douleur violente à droite.

A 6 h. s. : P., 104 ; T., 39°,1 ; vomit une fois des matières stercorales.

28. — A 8 h. m. : P., 104 ; T., 39°,1 ; les vomissements cessent depuis la veille 9 heures du soir. Le tympanisme a diminué. Se sent mieux.

A 7 h. 30 s. : P., 95 ; pas de douleur, tympanisme moins accentué, je prescris un lavement.

29. — A 9 h. m. : P., 96.

A 6 h. s. : P., 100, la malade est allée à la selle, son état s'améliore.

30. — Va spontanément à la selle, a de l'appétit.

Dans les derniers jours d'octobre, elle fait une grande promenade.

Dans une lettre datant du 16 juin 1881, un médecin ajoute ce qui suit : « La première déchirure était longue de 4 pouces environ, et occupait la face postérieure de l'utérus, comprenant tout le col et s'étendant de plus d'un centimètre dans le vagin.

La seconde rupture eut lieu dans l'ancienne cicatrice. Je proposais de faire un examen pour découvrir le siège exact de la rupture, mais la malade se refusa. Elle dit seulement qu'elle ressentait quelques douleurs dans la région de la lésion quand elle marchait, et qu'elle se fatiguait facilement en vaquant à ses occupations journalières. Je ne puis donc rien dire sur la situation juste de la lésion, ni le rôle qu'elle joue dans ces douleurs et cette faiblesse, ce que je ne pourrais faire que si elle se faisait examiner. Pendant 2 semaines elle prit toutes les 3 heures 3 centigrammes de morphine.

OBS XIII. — MOORS, in GREEN, *Transact. of the American gynäkological society*. Boston, pp. 209-219, 1888.

Rapporte un cas où la rupture spontanée eut lieu au cours du 4^e accouchement et la malade fut guérie.

En 1880, 5 ans plus tard, la même malade présenta une nouvelle rupture. L'enfant avec les intestins s'échappèrent par cette déchirure, l'intestin fut réduit et la malade guérie.

OBS. XIV. — WALTER, *Jahresbericht de Frommel*, t. VIII, 1894, p. 676.
Résumé de l'article paru dans le *Nordisk med. Arkiv.*, n° 25, p. 131-134, 1893.

Femme de 40 ans, quartipare, sur les trois accouchements antérieurs, deux furent spontanés ; au cours du 2^e, terminé avec application de forceps, il semble être survenu une rupture utérine incomplète. Péritonite septique dans les suites des couches.

Au cours du 4^e accouchement, à terme, en position occipitale, la rupture de l'utérus se produisit 7 heures après le début du travail. A l'arrivée de l'auteur, le fœtus était dans la cavité abdominale, le placenta faisant tampon à l'orifice de la déchirure.

Walter fit apporter la malade dans la clinique d'accouchement et 5 heures après la rupture il pratiqua la laparotomie.

Le fœtus, libre sous les anses intestinales, fut extrait en même temps qu'un demi-litre de sang coagulé. Le placenta, étranglé dans la déchirure, fut alors enlevé et il survint une hémorragie abondante. L'utérus fut attiré en avant ; l'artère utérine et spermatique gauche furent entourées d'une couronne de points de suture et la déchirure fut suturée.

La plaie de l'utérus siège sur son bord gauche, s'étendant de 5 centimètres au-dessus de l'orifice cervical, au point d'origine de la trompe gauche ; de là elle court transversalement et en arrière, sur une étendue de 6 centimètres.

Sutures profondes, comprenant toute la paroi, à l'exception de la muqueuse, et suture superficielle séro-séreuse. Par suite de l'épaisseur inégale des bords de la déchirure, l'affrontement fut difficile. Fermeture de l'abdomen sans drainage, pas de tamponnement dans la cavité utérine. Durée de l'opération, 40 minutes. Pouls faible. Injections de 6 centimètres cubes d'eau salée. Guérison sans réaction et sans fièvre.

Le bassin n'était que peu rétréci : Sp., 26 ; Cr., 30 ; DB., 18,25 ; Cv., 11,75 ; Bip., 10. Poids de l'enfant, 4.300 grammes.

L'auteur est enclin à supposer que la rupture est due à la faiblesse de la musculature utérine, cette prédisposition devant être cherchée dans la rupture incomplète et probable du second accouchement.

OBS. XV. — KOBLANCK, *Beitrag zur Lehre von der Uterusruptur*.
Stuttgart, 1895.

T. C... 22 ans, secondipare. Diamètres du bassin, Sp., 28 ; Dcr., 21 ; Tr., 32 ; C diag. 9,5-10.

Le 1^{er} accouchement se termina après 4 heures de travail et une application de forceps. L'opération aurait duré 2 heures, et il y aurait eu ensuite une hémorragie abondante et de la fièvre dans les suites de couches.

La malade a eu ses dernières règles fin septembre 1893 ; début du travail, le 17 juin 1894 à 6 heures du matin.

18 juin. — A 8 heures du soir elle entre à la clinique, position en O.

DDP. utérus très tendu, surtout dans son diamètre transverse, parois minces à gauche, près de la portion rugueuse du corps de l'utérus, une cicatrice d'une déchirure non guérie, se continuant à gauche dans le vagin. L'orifice du col présente lui aussi sur sa partie gauche une cicatrice large gagnant la paroi vaginale. Tractus cicatriciels étendus et larges dans le cul-de-sac. Impossible de fixer la tête par manœuvre externe. L'utérus se déplace vers la droite, exécutant un mouvement de torsion dans le même sens, de telle sorte que le ligament rond gauche occupe presque la ligne médiane de l'abdomen.

19. — A 4 h. 45 de l'après-midi, on rompt les membranes et, après avoir essayé d'engager la tête dans le détroit supérieur, on tente des manœuvres internes, le tissu cicatriciel se déchire, on ne parvient pas à saisir un pied. Les douleurs continuent régulièrement, la tête est extraite avec le cranioclaste, le tronc est expulsé par la pression.

La déchirure s'étend du cul-de-sac jusqu'au corps. Les anses intestinales, qui font hernie à travers la déchirure, sont refoulées avec de la gaze stérile ; on en remplit le vagin et l'on fait en outre un pansement compressif.

L'état général de la malade, qui avait été chloroformée, est bon pendant et après la rupture.

Pendant les 10 premiers jours après l'accouchement, la température s'éleva légèrement et atteignit 38°,2.

La malade quitta l'hôpital après 4 semaines avec un reste d'hématome, gros comme une noix.

OBS. XVI. — PEHAM, *Centr. für Gyn.*, n° 4, p. 87, 1902 (1^{er} cas).

Le 5 janvier 1902, est entrée à la clinique une femme de 28 ans, mariée, quatiipare, avec un bassin généralement rétréci.

Le 1^{er} accouchement s'est fait normalement.

Le 2^e, la femme fut amenée à la clinique du professeur Schauta avec une rupture complète. La marche de l'accouchement est rapportée dans le travail de Schmitt (cas IX). On y lit : « *Rupture complète utérine survenue hors de la clinique, sortie à travers l'orifice des anses intestinales, qui viennent pointer dans la cavité utérine. Réduction, drainage. Guérison.* »

Anna W..., 29 ans, IIpare, bassin généralement rétréci, Cv., 9 centimètres.

Premier accouchement en 1894 (avant terme), spontané. 12 novembre, rupture des membranes. Comme, malgré les douleurs intenses, le travail ne progresse pas, la sage-femme fait appeler un médecin qui applique le forceps plusieurs fois, provoquant une douleur lancinante dans la région iliaque droite. Après des tentatives prolongées pendant 1 heure et demie le médecin déclara que la tête était très haute et que l'accouchement se terminerait spontanément.

Ayant examiné la femme le lendemain, il l'envoya à l'hospice. Pas de

douleur depuis le forceps, les mouvements de l'enfant n'ont pas été perçus, douleur à droite, pas d'hémorragie. Etat général assez bon. Abdomen sensible à la pression. On sent dans la zone ombilicale, directement sous la paroi, les petites parties fœtales. Tête très haut placée et mobile, bosse sanguine peu tendue. On procède à la craniotomie, immédiatement après l'évolution du fœtus (2 K sans urine), il s'écoule une quantité de sang noir; extraction du placenta descendu dans le vagin. En palpant l'utérus, on trouve dans sa cavité plusieurs anses intestinales qui ont pénétré par une déchirure laissant passer la main. La rupture commence à 1 centimètre au-dessus du bord antérieur de l'orifice du col et se continue 12 centimètres environ vers la droite et en haut. Le corps de l'utérus bien contracté siège à gauche. Le ligament rond très tendu traverse librement toute la cavité abdominale.

La vessie, détachée de la paroi antérieure de l'utérus, ne semble pas lésée. Hémorragie très légère. L'intestin est réduit avec le doigt et conduit dans la cavité abdominale, une bande de gaze iodoformée est insinuée à travers la déchirure dans l'abdomen. Le segment inférieur de l'utérus et le vagin sont remplis de gazes peu serrées. Les suites ne sont troublées que par une fièvre peu intense. Pouls bon. Le 4^e jour on enlève la mèche vaginale et, le 8^e jour, celle qui draine la rupture. Météorisme assez accusé, dont on se rend maître avec des enteroclyses énergiques. La malade put quitter le lit après 3 semaines et, à sa sortie de l'hôpital (11 décembre), elle est très bien.

On sentait à droite la profonde déchirure du col à travers lequel on pénétrait dans une cavité entourée de tissu cicatriciel.

Deux ans plus tard, la femme redevient enceinte et l'avortement eut lieu le 7^e mois lunaire. L'accouchement et les suites de couche se passent sans incidents.

Peu de temps après *nouvel accouchement*. D. R. 24 avril 1900. Le 5 janvier 1901, vers 1 heure de l'après-midi, la femme est amenée à la clinique. Elle raconte qu'à 5 heures du matin sont survenues des douleurs intenses et que la rupture de la poche des eaux s'est faite à 7 heures et demie.

Vers 9 heures du matin, après 4 heures de travail, elle ressent, dans la région iliaque droite, une forte douleur. Il lui sembla qu'une déchirure brusque s'était produite, et la sensation perçue ressemblait en beaucoup de points à celle éprouvée à l'accouchement d'il y a 3 ans.

A partir de ce moment le travail s'arrêta. La femme est conduite à la clinique par le médecin.

A son arrivée, elle ne se plaint pas de douleurs intenses.

Température, 37°. Pouls, 90. L'examen externe ne donne aucun signe de rupture utérine. Le segment inférieur n'était pas douloureux, les ligaments ronds n'étaient pas tendus; utérus mou, pas d'hémorragie.

Fœtus en O. I. D. Crâne mobile au-dessus du détroit supérieur. Pas de bruits du cœur, pas de mouvements.

L'examen interne montre la lèvre antérieure et postérieure du col comme deux replis mous, et à droite une déchirure montant si haut qu'il fut impossible d'atteindre sa partie supérieure. Le col laissait passer facilement 3 doigts, membranes rompues. Tête mobile au détroit supérieur. Pendant l'examen, écoulement de sang noir. Les mensurations du bassin donnent : 23, 26, 29, 40 un quart, 8 trois quarts.

L'accouchement fut terminé par une craniotomie ; l'enfant sans encéphale pèse 2.600 grammes. Longueur, 46 centimètres.

Après accouchement du fœtus, plus de sang au dehors.

Cordon ombilical mou, utérus assez bien contracté.

Le poulx étant devenu très faible, on fit l'examen vaginal et on trouva à droite une déchirure laissant passer toute la main et à travers laquelle on arrivait librement dans la cavité abdominale. C'est par cette déchirure que le cordon ombilical pénètre dans l'abdomen. La cavité utérine était vide, le placenta n'était pas facilement accessible avant la rupture.

On fit une demi-heure plus tard la laparotomie. On constate en premier lieu quelques adhérences de l'épiploon avec le fond de l'utérus et sa face droite. Le placenta était situé dans l'hypochondre droit, parmi les anses intestinales. La cavité abdominale renfermait une notable quantité de sang liquide, l'utérus présentait sur son bord droit la déchirure perçue au toucher vaginal. Une adhérence péritonéale large se porte vers cet endroit.

On enleva l'utérus et ses annexes. Les moignons furent traités par le procédé rétro-péritonéal, et un drainage à la gaze iodoformée fut institué par le vagin et par la paroi abdominale.

Sur l'utérus enlevé, on vit sur son bord droit une déchirure longitudinale, allant jusqu'au corps et il n'y avait pas de tissu cicatriciel dans l'entourage, de sorte qu'il est assez légitime de supposer que la rupture s'est faite juste au même endroit que la première fois.

La musculature utérine est très développée et l'épaisseur de ses parois dépasse 6 centimètres. Le placenta était inséré au fond.

La marche fut assez bonne, la température maxima atteignit 38°,4. P. 96.

Le rétablissement ne fut entravé que par une fistule survenue à la plaie abdominale à l'endroit du passage de la gaze iodoformée. Après 3 semaines elle fut guérie complètement.

Obs. XVII. — PEHAM, *Cent. für Gyn.*, 1902 (2^e cas) p. 89.

Il s'agit d'une secondipare, avec bassin rachitique plat, entrée à la clinique en 1901. Diamètres : 25, 26, 28, 40 et demi, 8 et demi.

Elle se présente le même jour que la précédente. T. 37°,6. P. 78. Douleurs depuis 8 heures du matin. Le fœtus semble volumineux, en position O.L.G.A. Tête un peu élevée, à gauche, au-dessus du détroit supérieur. Col effacé, on ne sent à gauche qu'un bord très étroit, large d'un demi-centimètre environ.

Les membranes ne sont pas rompues. A 5 heures et demie du soir version par le pied droit, elle fut faite sous chloroforme, rapidement et sans difficulté. Par suite de l'affaiblissement du cœur, on procéda à l'extraction, la tête descendit facilement et on obtint un enfant légèrement asphyxié, long de 48 centimètres et pesant 3.477 grammes. 10 minutes après l'accouchement, délivrance spontanée. Malgré la bonne contraction de l'utérus, il se produisit une hémorragie, et l'examen pratiqué alors démontra la présence d'une déchirure longitudinale, naissant dans le cul-de-sac droit et traversant tout le segment inférieur de l'utérus. A son extrémité on pénétrait dans une cavité pleine de sang coagulé, limitée par le péritoine soulevé et intacte. Vu la version et l'extraction très facilement pratiquées suivant les règles, par le médecin assistant, il était assez difficile de s'expliquer comment était survenue cette rupture; mais, en examinant le registre du professeur Schauta je trouvai l'histoire du 1^{er} accouchement de cette femme et je m'aperçus qu'on avait dû procéder à la version et que, par suite de la rotation du tronc, il y eut une extraction difficile, d'où déchirure profonde du cul-de-sac se continuant vers le col et la partie latérale droite du fond de l'utérus.

Par suite d'une hémorragie intense, on fit le tamponnement de l'utérus et du vagin.

Je crois ne pas me tromper en supposant que la cicatrice préexistante était la cause de la rupture actuelle ou du moins en avait favorisé la reproduction.

Pour le traitement de ce cas, on commença par laver l'utérus avec du lysol, et on introduisit de la gaze iodoformée dans la déchirure. (Appareil de refroidissement de Leiters sur l'abdomen et 40 gouttes de teinture d'opium.)

Vers 8 heures du soir, soit 2 heures après l'accouchement, il survint déjà un météorisme assez notable et vers 1 heure on pouvait sentir l'utérus bien contracté déplacé vers la gauche, tandis qu'à droite il y avait une résistance douloureuse, assez molle, de la grosseur du poing. Cette tumeur n'augmenta que peu jusqu'au lendemain. Le météorisme persista et ne diminua qu'à la suite de lavements. On retira un peu le 5^e jour la bande de gaze iodoformée, pour l'enlever définitivement le 10^e jour. Pas d'élévation de température. La femme sortit le 18^e jour.

Voici ce que l'on constata: Utérus en antéflexion, volume d'une orange, peu mobile. A droite une cicatrice intéressant tout le cul-de-sac, siégeant sur toute l'étendue du col, et que l'on peut suivre jusqu'au bord interne de l'utérus.

OBS. XVIII. — PEHAM, *Centr. für Gyn.*, 1902 (3^e cas), p. 90.

Il s'agit d'une femme avec un rétrécissement cicatriciel du col à étiologie inconnue. Femme tertipare, bassin généralement rétréci. Sp. 22. Cr. 26. Tr. 30. Cd. 41. Cv. 9,5.

Le 1^{er} accouchement s'est terminé par une craniotomie après incision de la cicatrice.

Deux ans plus tard, elle accoucha d'un enfant de 2.450 grammes en position du siège. Suites de couches fébriles.

La femme entra à la clinique le 14 janvier 1901.

La rupture des membranes eut lieu il y a 4 jours, après une chute que fit la femme alors qu'elle portait une lourde charge. T., 37°,8; P., 124.

Elle dit avoir éprouvé dans la nuit un frisson.

L'examen externe est difficile par suite de la tension des parois abdominales; on constata cependant que l'enfant était en oblique, le coccyx était dévié vers la cavité cotyloïde gauche.

A l'examen vaginal, fait vers 1 heure de l'après-midi, Chrobak trouva ce qui suit: déchirure périnéale cicatrisée; tous les organes génitaux externes normaux, vagin court. Le col laisse à peine passer un doigt, et de lui partent des cicatrices rayonnant dans les deux culs-de-sac, mais, c'est surtout à droite que l'on peut suivre une cicatrice, qui fait saillie en forme d'un repli assez tendu.

Les membranes sont rompues et l'on parvient, à travers le col, à sentir une petite partie fœtale (cuisse?). Colpotomie vaginale. A 8 heures du soir le col laisse à peine passer 2 doigts.

Procubitus du bras droit; on se trouve en présence d'une position transverse, dorso-postérieure. Bruits du cœur bons et énergiques. Incision de la cicatrice, version, les bruits du cœur faiblissant alors, on fait l'extraction immédiate.

J'ai agi de la sorte parce que l'état fébrile de la mère demandait une délivrance rapide, aussi prompt que possible.

J'espérais aussi pouvoir, en faisant une extraction lente et en examinant la tension de la cicatrice, éviter des déchirures profondes et amener un enfant vivant.

J'entrepris donc l'extraction, j'incisai la cicatrice tendue, mais tout de même j'éprouvai de la difficulté à retirer le bras et lorsque j'y réussis, l'enfant était mort; aussi, pour simplifier, je perforai la tête dernière.

En examinant l'utérus je trouvai à droite une déchirure traversant tout son segment inférieur; le péritoine, intact, était soulevé. Même traitement que dans l'observation précédente, lavage, drainage, vessie de glace.

La femme présenta des signes de péritonite, météorisme, hoquet, vomissements, langue sèche. Pouls fréquent, peu fébrile.

Les symptômes cèdent après quelques jours. En enlevant le 6^e jour la bande de gaze iodoformée, du sang coagulé, en assez grande quantité, s'échappa; il s'était donc formé un hématome. Erysipèle de la face quelques temps après, qui passa. Suites de couches avec paramétrite droite, ce qui força la femme à garder le lit pendant 3 semaines.

OBS. XIX. — CHAMPETIER DE RIBES ; 12^e grossesse : Bassin rétréci, présentation de l'extrémité céphalique non engagée. Version, rupture utérine incomplète, lamponnement, guérison. 13^e grossesse : Rétroversion et avortement. 14^e grossesse : Rétroversion. Application de forceps au détroit supérieur. Délivrance-artificielle. 15^e grossesse : Semblant évoluer normalement. In thèse de M. SAUVAGE. Paris, 1902 (Obs. XXII).

Le 13 février 1900, à 5 h. 30 soir, entre à la Maternité de l'Hôtel-Dieu une femme de 32 ans, arrivée au terme de sa 12^e grossesse (DR. : 24-28 avril).

A part la première terminée par l'expulsion d'un enfant à terme et mort au cours du travail, qui a duré 4 jours, toutes les grossesses antérieures ont abouti à l'expulsion prématurée d'enfants, nés à 7 et 8 mois ; ainsi que le montre le résumé ci-dessous :

- 1^{er}, 1886, acc. sp. à terme. Sommet. Fille, morte pendant le travail (4 jours).
- 2^e, 1887, acc. sp. à 8 mois. Siège. Garçon, bien portant.
- 3^e, 1888, acc. sp. à 7 mois. Sommet. Garçon, macéré.
- 4^e, 1889, acc. sp. à 7 mois. — Garçon, macéré.
- 5^e, 1891, acc. sp. à 8 mois (Saint-Louis). Garçon bien portant.
- 6^e, 1892, acc. pr. à 7 mois (ballon). Garçon, bien portant.
- 7^e, 1894, acc. sp. à 8 mois (gemellaire). Morts à 13 et 18 mois, méningite.
- 8^e, 1895, acc. sp. à 8 mois. Sommet. Garçon, bien portant.
- 9^e, 1896, acc. sp. à 8 mois. Sommet. Fille, morte méningite.
- 10^e, 1897, acc. sp. à 8 mois. — Garçon, bien portant.
- 11^e, 1898, acc. sp. à 7 mois. — Garçon, macéré.

Examen à l'entrée dans le service : présentation céphalique ; tête non engagée, dos à droite ; dilatation du col égale à une pièce de 2 francs, membranes intactes, enfant vivant ; bassin rétréci, diamètre promonto-sous-pubien, 10 centimètres. A 9 h. 30 soir, a une dilatation égale à une paume de main, la poche des eaux se rompt ; le liquide amniotique est coloré par le méconium. A 10 heures soir, placement d'un ballon Champetier (d'une contenance de 600 grammes), qui est expulsé le 14 février, à 1 h. 10 matin ; écoulement de méconium, bruits du cœur fœtal irrégulier.

Chloroforme, version par manœuvres internes, manœuvre de Champetier pour l'extraction de la tête dernière retenue au détroit supérieur, aucune difficulté.

Enfant vivant, pesant 3.360 grammes et ayant un D. bipariétal de 91 millimètres.

Profitant de ce que la femme est endormie et voulant lui épargner les douleurs et les lenteurs de la délivrance, on introduit la main dans l'utérus pour extraire le placenta ; on constate, sur la partie basse de la paroi utérine antérieure, une déchirure très largement baillante et dont le fond est constitué par le péritoine, qui semble intact.

Tamponnement utéro-vaginal à la gaze iodoformée.

Par le palper on sent le ligament large droit s'infiltrer et augmenter progressivement de volume. Bandage abdominal fortement compressif, glace sur le ventre ; 2 litres de sérum. La femme, qui est sortie de la narcose chloroformique, est dans un état de shock qui persiste pendant toute la journée du 14 février, puis disparaît.

Pendant les deux jours qui suivent l'accouchement la température oscille entre 36°,8 et 37° ; P., 100. Le 17 février on retire le tamponnement dont la gaze est à peine souillée, et on commence des injections vaginales toutes les 4 heures.

Du 18 au 24 février la température est de 38° et 38°,8. Le poulx oscille entre 120 et 140, le ventre est tendu et douloureux ; on touche à la teinture d'iode les eschares vaginales ; mèches de gaze iodoformée dans le vagin ; injections vaginales à l'eau chloralée. Les accidents s'amendent, l'état général s'améliore.

Le 28 février, la température revient définitivement à la normale et la malade quitte le service le 10 mars, en très bon état.

Elle revient au mois de mai 1901, dans le 4^e mois de sa 13^e grossesse, se plaignant de ne pas pouvoir uriner, vessie très distendue ; cathétérisme qui évacue 1.200 grammes d'urine ; au toucher, on constate que l'utérus gravide est en rétroversion. M. Champetier de Ribes fait la réduction.

Deux jours après la malade revient consulter : la vessie contient encore 1.200 grammes d'urine et la rétroversion, qui s'est reproduite, est réduite une seconde fois par M. Champetier de Ribes.

Trois jours après, le 12 mai 1901, à 9 heures du matin, la malade avorte chez elle, elle est prise d'une hémorragie sérieuse pour laquelle elle est transportée à la maternité de Tenon, où on extrait le placenta resté dans la cavité utérine.

Dans les premiers jours de janvier 1902, la femme, qui est au 3^e mois de sa 14^e grossesse, vient à la consultation de la maternité de l'Hôtel-Dieu, où on constate une rétention d'urine (évacuation de 1.300 grammes d'urine) symptomatique d'une rétroversion de l'utérus gravide qui est réduite par M. Champetier de Ribes ; 8 jours après, à une nouvelle consultation, on peut constater que la déviation utérine ne s'est pas reproduite et actuellement la grossesse évolue normalement.

14^e grossesse (inédite). — Le 4 juillet 1902, à 8 heures du soir, elle entre à nouveau à la maternité de l'Hôtel-Dieu, arrivant au terme de sa 14^e grossesse. Ses dernières règles datent du 14 au 18 septembre, la hauteur de son utérus est de 32 centimètres.

Au troisième mois de sa grossesse, on constata à la consultation une rétroversion de l'utérus, avec une rétention de 1.250 grammes d'urine. Vomissements et diarrhée qui persistèrent pendant 15 jours. Au quatrième mois, venant à la consultation, elle accuse surtout à droite des douleurs abdominales.

A 8 h. 50 du soir, le 4 juillet, il y a une dilatation de 2 francs, la poche des eaux est intacte, la tête non engagée, avec présentation du sommet en OIGT. Le bassin est rétréci.

La poche des eaux se rompt à 11 heures du soir, liquide amniotique verdâtre. Le 5 juillet, la tête ne s'engage pas, elle est orientée selon son diamètre oblique gauche, avec un chevauchement très accusé des pariétaux. On décide une application de forceps, faite sous chloroforme au détroit supérieur par M. Champetier de Ribes. La tête s'engagea brusquement dans l'excavation après quelques tractions et l'accouchement se termina spontanément. On eut un enfant du sexe masculin, pesant 3.450 grammes et mesurant 51 centimètres. Sa tête était très asymétrique, la pariétal gauche atteint d'une dépression très accusée, toutefois on n'observa aucune paralysie.

Diamètres de la tête : OM, 13 ; OF, 11,5 ; SOB, 9,8 ; SOF, 11,2 ; BP, 9 ; BiT, 8 ; SMB, 10,5.

Hémorragie de la délivrance (plus d'un litre de sang).

M. Champetier de Ribes pratiqua la délivrance artificielle et prescrivit 1 litre de sérum en injection sous-cutanée.

Les suites de couches évoluèrent normalement, la température maxima fut 37°,9 le 5 juillet, puis oscilla pendant quelque temps entre 36°,9 et 37°,4.

L'état étant devenu complètement satisfaisant peu de temps après, elle quitta l'hôpital avec son enfant.

Elle revient au mois de juillet à la consultation de l'Hôtel-Dieu, *poursuivant sa 15^e grossesse*, qui semble évoluer normalement. L'accouchement est attendu pour la fin de novembre ou le commencement de décembre.

OBS. XX. — CHAMPETIER DE RIBES; 3^e grossesse : *présentation de l'épaule, version, rupture utérine incomplète, lamponnement utéro-vaginal. Guérison.* In SAUVAGE, Thèse Paris, 1902 (obs. XVI).

24 ans, IIIpare, accouchements antérieurs spontanés : un à 7 mois et demi et un à terme.

Date des dernières règles, 31 décembre 1893.

La femme entre à la maternité de Tenon le 21 septembre 1894. Elle est en travail ; l'enfant est vivant et se présente par l'épaule.

Rupture spontanée de la poche des eaux quelques instants après l'arrivée dans le service. Deux heures après, la dilatation est complète, l'épaule arrive presque à la vulve ; les bruits du cœur fœtal sont bons ; violents efforts d'expulsion.

Version par manœuvres internes sous chloroforme. Au moment de l'extraction du siège, il se produit un écoulement de sang noir. Fille de

2.500 grammes qui ne peut être ranimée. Délivrance naturelle immédiate.

La main introduite dans l'utérus sent une grande déchirure verticale intéressant la moitié inférieure de la partie latérale gauche de l'utérus; le péritoine paraît intact; hémorragie peu abondante.

Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée, bandage abdominal compressif, glace sur le ventre; piqûres d'ergotine; au bout d'une demi-heure, violent frisson durant 20 minutes; élévation de température à 41°, douleurs intenses dans la fosse iliaque gauche.

Les jours suivants, la température reste normale, mais les douleurs persistent encore pendant 48 heures.

Au bout d'un mois, la malade quitte le service complètement guérie.

Cette femme est redevenue enceinte. Elle a accouché sans incidents.

OBS. XXI. — RAKIN (Analyse du *Centralblatt für Gynäkologie*).
n° 43, 1879.

Femme de 23 ans, au 7^e mois de sa grossesse. Enceinte pour la deuxième fois. Convulsions éclamptiques intenses. Chloroforme. Rupture des membranes. Pendant que l'on s'apprête à faire la version, une contraction très forte a lieu et un accès violent éclate. La malade tombe en collapsus et semble agonisante. On lui administre des stimulants. En introduisant la main, on trouve une déchirure dans la paroi gauche de l'utérus, à travers laquelle le fœtus a passé dans la cavité abdominale jusqu'à une aisselle. Extraction rapide par les pieds. Enfant mort.

Le placenta est aussi extrait de la cavité abdominale, que l'on débarasse avec la main des caillots sanguins.

33 centimètres environ d'anses intestinales sont refoulées et la main maintenue dans la cavité utérine se fixe ainsi au siège de la déchirure, jusqu'à la contraction de l'organe survenue une demi-heure plus tard.

La déchirure, longue de 16 centimètres, est dirigée à gauche et en haut, et à 2 centimètres et demi au dessus de l'origine du vagin.

Après la contraction de l'utérus, la déchirure mesure encore 6 à 8 centimètres. Il n'est plus survenu de convulsion.

Le lendemain, la malade est toujours sans connaissance. Péritonite. Compresses de térébenthine. Opium. Laxatif, vératrine. Lavage froid. Amélioration progressive.

Le 10^e jour, écoulement par le vagin de 50 grammes environ de pus. Guérison sans accidents.

Avortement 6 mois plus tard.

Un an et demi plus tard, un médecin l'accouche d'un enfant à terme et les suites de couches sont normales.

OBS. XXII. — FRANZ, Zehn Falle von Uterusruptur. *Centralblatt für Gynäkologie*, n° 61 (cas 6), 1885.

Multipare de 35 ans. Trois accouchements normaux, bassin normal. Position transverse, procubitus du bras droit. Enfant mort. Version, extraction.

Le col est alors détaché totalement du corps de l'utérus, n'y adhérant que par un pont très étroit.

Tamponnement et drainage vaginal. Guérison après 6 semaines.

Un an et demi après, nouvel accouchement sans rupture.

OBS. XXIII. — LEDERER, Zwei Falle von Ruptura Uteri. Laparotomie. Heilung in beiden Falle. *Prager med. Wochens.*, n° 15, 1887.

Mme C. R..., femme de tisseur, âgée de 36 ans, taille moyenne, faible constitution, primipare. A part une hématomérose survenue, il y a quelques années, n'a jamais été malade.

La grossesse arrive à terme sans accidents. Au début du travail, contractions violentes, se succédant rapidement, mais la tête néanmoins ne progressant pas, la sage-femme me fait appeler en consultation.

A mon arrivée, à 11 heures du soir, le 24 janvier 1864, je trouve à l'examen de la femme un bassin rétréci, par suite de saillie du promontoire. Tête très élevée et mobile, col avec une dilatation de 5 francs. Enfant vivant. Femme dans un état assez satisfaisant. Dans ces conditions, j'exclus toute intervention, promettant de revenir bientôt.

A 6 heures du matin, presque toujours le même état, contractions régulières et violentes; néanmoins la situation de l'enfant ne change pas. Vers minuit, les contractions auraient été beaucoup plus fortes.

Je fus appelé à 3 heures du matin, le col est un peu plus dilaté, la tête abaissée, fixée, avec une bosse séro-sanguine en voie de formation. L'enfant est vivant, la mère n'est pas épuisée par les douleurs. Je pensais toujours ne rien faire, j'encourageais la malade, j'espérais trouver dans quelques heures un col effacé et une tête en position plus favorable pour une application de forceps et pouvoir délivrer la femme.

L'examen pratiqué 4 heures plus tard donne comme renseignement, une tête et une bosse séro-sanguine plus abaissées mais insaisissables par le forceps. Col à droite, pas effacé et contracté autour de la tête, même pendant l'intervalle des contractions utérines.

Le col n'étant pas complètement dilaté, la tête ne pouvant être saisie au moyen du forceps, l'enfant étant vivant, la mère nullement épuisée, il ne fallait pas songer à une céphalotripsie ou à une perforation du crâne, il fallait attendre une position plus favorable de la tête. Une opération barbare vis-à-vis de l'enfant était d'autant moins indiquée que le rétrécissement du bassin n'était pas très accusé et que l'on pouvait espérer avoir un enfant vivant.

Prévenu 2 heures plus tard, je trouve la femme endormie; la sage-

femme m'explique que depuis une demi-heure les contractions avaient complètement disparu. Je soupçonne une rupture de l'utérus et, en examinant la femme, je m'assurais de la réalité de cet accident. Je sentais les petites parties fœtales très nettement à travers la paroi abdominale, et la main introduite dans le vagin ne découvrit plus de membres. La femme me dit aller bien, n'éprouver plus de douleurs ; le poulx il est vrai est moins fort, le visage pâle, mais il n'y a pas de collapsus.

J'expliquais à la femme et à son entourage l'accident survenu et je dis que pour conserver la vie de la mère, il fallait pratiquer une laparotomie. Ma proposition ayant été acceptée j'allais chercher un aide.

La malade est opérée une demi-heure après ; sous le sommeil chloroformique. On extrait un enfant très développé, avec une tête volumineuse, le placenta est enlevé en même temps sans difficulté. Nous fûmes obligés d'enlever un peu de sang et de liquide, et nous pratiquâmes le pansement nécessaire. Guérison complète au bout de 17 jours. La plaie est réunie dans toute son étendue par première intention. Réaction fébrile peu accusée.

Deux ans plus tard, accouchement à terme d'un enfant mort-né, sans l'aide d'un médecin.

La cause de la mort semble être un circulaire autour du cou.

OBS. XXIV. — GREEN, *Transact. of the American gynecological Society*, Boston, p. 209-219, 1888.

Mme F... eut son premier accouchement en mai 1883, à l'âge de 28 ans. L'enfant pesa 4 kilogrammes. Je ne sais rien de relatif à cet accouchement, si ce n'est qu'il fut long, qu'on dut appliquer le forceps, que le col fut déchiré des deux côtés jusqu'à son union avec le vagin. L'enfant mourut, âgé de plus d'un an. Toutefois ces faits peu nombreux, éclairés par ce que je sais actuellement, m'amènent à supposer que l'enfant se présenta probablement en position antérieure, que la force des contractions utérines était insuffisante pour chasser la tête dans le bassin et pour dilater l'orifice interne, que le forceps fut appliqué au détroit supérieur et que la tête fut extraite à travers un col incomplètement dilaté.

Le 18 décembre 1884, Mme F... était de nouveau enceinte, la tête était en occipito-iliaque antérieure. Les douleurs étaient inefficaces, et à midi, le 19, le médecin traitant m'appelle pour pratiquer une opération. Le forceps est appliqué au détroit supérieur, et, sans difficulté, je pus extraire un enfant pesant 4 kilogrammes. Je n'ai pas pris les mesures du bassin, mais, à n'en pas douter, il était un peu rétréci.

La guérison tarda un peu, mais comme la mère et l'enfant se portaient bien, je les avais bientôt perdus de vue.

Le 28 décembre 1886, à 2 heures et demie du matin. Mme F... fut denou-

veau prise de douleurs. La tête au-dessus du détroit est en occipito-iliaque droite postérieure. L'orifice du col est dilaté comme un quart de dollar (1 fr.). Rupture spontanée des membranes 4 heures plus tard. La tête ne s'engagea pas, et 7 heures après le début du travail on ne nota aucun progrès.

Petit à petit la tête commença à progresser, l'arcade sourcilière s'engage dans le bassin et une large bosse sero-sanguine se forme sur le pariétal gauche ; le col devient épais, œdématisé, sa dilatation équivaut à une pièce de 5 francs.

Vu la gravité du cas, on mande un médecin qui reconnaît que par suite de la déchirure antérieure du col, surtout à droite (c'est vers ce côté qu'était tourné l'occiput), il est à redouter qu'une intervention quelle qu'elle soit, ne provoque une déchirure qui s'étende au segment inférieur de l'utérus, aussi ce médecin m'envoie-t-il chercher. A mon arrivée, 12 heures après le début du travail, l'état général est encore bon, l'enfant est vivant. L'occiput est au-dessus du détroit supérieur et en position postérieure ; nous jugeons contre-indiquée l'application du forceps.

La version podalique était l'opération la plus favorable pour l'enfant ; mais la déchirure profonde du col et l'amincissement probable du segment inférieur, consécutif à 12 heures de travail difficile, rendirent cette opération capable de produire un accident ; quant à la craniotomie sur l'enfant vivant, nous voulûmes l'éviter, les parents étant catholiques. Après une longue discussion, tout en ne nous dissimulant pas le danger couru, nous nous décidâmes à faire la version.

Le docteur Reynolds introduisit sa main dans l'utérus, et sans difficulté amena un pied. Il n'y avait pas d'anneau de contraction, le segment inférieur était aminci, l'extraction de l'enfant fut faite par moi, tandis que Reynolds comprimait l'utérus. J'ai eu quelque difficulté à libérer le bras ; une pression considérable dut être exercée pour faire franchir le détroit à la tête, mais en tout cas l'accouchement ne dura pas plus de 15 minutes. Nous obtinmes un enfant de 4 kilogrammes en état asphyxique, et nous fûmes obligés de travailler 20 minutes avant d'avoir la première inspiration.

Pendant que je ranime l'enfant, Reynolds s'occupe de l'utérus, il constate qu'il est très contracturé, aussi suppose-t-il que le placenta est dans le vagin, mais en introduisant la main pour l'extraire il constate avec étonnement qu'il ne se trouve ni dans le vagin ni dans l'utérus ; en suivant le cordon il vit qu'il conduisait vers le bord et à travers une déchirure du segment inférieur de l'utérus, côté droit.

Ayant désinfecté ses mains, il dilata l'orifice de la déchirure qui comprimait le cordon, et il trouva le placenta parmi les anses intestinales ; il l'amena tout entier avec les membranes. L'utérus se contracta et il n'y eut ni hernie intestinale, ni hémorragie. Femme en schock profond. P., 150 ; on fait une injection sous-cutanée d'alcool. 6 heures plus tard, P., 120.

On me demanda mon opinion sur le pronostic, je répondis que si la femme survivait au schock primitif (qui avait déjà passé en grande partie) elle aurait à n'en point douter de la péritonite, mais qu'il y avait grande chance de guérison. Il n'y avait pas à craindre la septicémie, puisque l'on avait pris des précautions, quelques caillots sanguins étaient dans la cavité péritonéale, mais cette dernière supporte bien le sang aseptique, et le liquide amniotique s'était écoulé tout entier avant l'extraction de l'enfant.

Il n'y avait ni hémorragie externe ni interne, on pouvait donc espérer qu'aucun vaisseau important n'avait été laissé. Une péritonite traumatique pouvait être redoutée, mais dont la femme se relèverait si l'on soutenait les forces. La femme étant dans les meilleures conditions hygiéniques, je n'étais pas d'avis de faire une laparotomie pour suturer la déchirure; la nature elle-même y surviendra sans doute dans 36 heures et même moins. De plus, en maintenant la contraction utérine, il y avait peu de crainte à avoir sur l'écoulement des lochies dans le péritoine, car par le col il existait un écoulement facile.

Si, dans la suite, des signes de collection purulente s'étaient montrés, le drainage par le vagin était indiqué et peut-être la laparotomie. En résumé je conseille l'opium, *largu manu*, le soutien des forces avec des stimulants et des aliments liquides. Le lendemain matin je trouve la femme sous l'influence de l'opium, avec un pouls de 110. Température normale, qui s'éleva graduellement et atteignit 38°,9. P., 120.

L'abdomen très sensible, tuméfié, tympanique, la femme accuse de violentes douleurs. On administra quotidiennement des lavements au sublimé, et on lui donna de l'eau-de-vie, du lait et des œufs. Il y avait quelques vomissements le 6^e jour, de la diarrhée, et la malade respirait bruyamment.

Le lendemain la température s'éleva à 39°,9. P., 130.

A partir de ce moment la convalescence reprit sa marche, la femme se leva le 14^e jour, eut une température normale ainsi que le lendemain et vqua à ses occupations. A n'en point douter, la malade était faible, se plaignant de temps en temps de douleurs dans la région iliaque droite, au-dessus de la vessie qui était légèrement irritable. Je la revis pendant les 2 premières semaines, elle était bien portante, l'enfant âgé de 4 mois; nous procédâmes à la mensuration du bassin qui était rachitique, généralement rétréci, le diamètre transverse était cependant peu diminué. Cv., 3 pouces et demi. La femme, de petite taille, ne portait aucun stigmate de rachitisme, sauf au bassin.

Le 8 janvier 1888, 2 ans environ après, à minuit, Mme F... fut de nouveau prise de douleurs. L'étudiant qui la soigna ne parvint pas à faire un diagnostic exact de la position. La femme se tenant constamment à genou dans le lit, on parvint à diagnostiquer une droite, mais il fut impossible de dire si elle était en antérieure ou en postérieure. Je suis d'avis que presque toutes les positions droites sont primitivement postérieures et il

est probable que la rotation a eu lieu, quoi qu'il en soit, elle accoucha normalement d'un enfant de 3 kgr. 500, 12 heures après le début du travail, juste avant mon arrivée ; l'enfant se présenta par l'occiput.

Je pus alors observer le troisième stade du travail, et je perçus à travers la paroi abdominale, sur le côté droit de l'utérus, une saillie un peu épaisse, occupant le siège même de l'ancienne rupture. La délivrance eut lieu spontanément. Suites de couches normales. Guérison.

OBS. XXV. — MAC LEAN, Rupture of the uterus at first confinement ; subsequent pregnancy and delivery by version. *Americ Journ. of obstetrics*, p. 401, 1888.

L'auteur se rapporte à un cas qu'il a décrit il y a 1 an et demi.

Il s'agissait d'une rupture utérine pendant l'accouchement qui fut terminé, avec succès par les voies naturelles, quoique le fœtus presque tout entier ait passé dans la cavité péritonéale.

Il y a 2 mois, nouvel accouchement par version. Cette opération considérée comme dangeureuse, causant la rupture, il la préfère autant que possible à une application de forceps ; au détroit supérieur, il la regarde comme sûre, d'après son expérience personnelle.

Dans le cas présent, elle n'eut aucune suite fâcheuse, quoique l'utérus fût rompu au premier accouchement.

OBS. XXVI. — PLENIO (1), *Centralblatt für Gynäkologie*, n° 47, 1885 ; DEUTSCH, *Centralblatt für Gynäkologie*, n° 14, 1889.

1^{re} OBS. de PLENIO. — A. K..., servante de 19 ans, fait une chute en arrière d'une charrette chargée de foin le 7 juillet 1884, au début du 8^e mois de sa grossesse. Elle dit être tombée sur les épaules et le dos, avoir ressenti une douleur intense au bas-ventre et être restée sans connaissance pendant quelques minutes. Mise dans une voiture, elle fut immédiatement et avec précaution transportée à Elbing, distant de 7 kilomètres, où elle fut admise à l'hôpital municipal. On n'a pas constaté d'écoulement de sang ou des eaux ni au moment de la chute ni pendant le transport. La malade n'accuse comme seul symptôme qu'une douleur ressentie dans l'abdomen et l'omoplate.

A 3 heures et demie (l'accident ayant eu lieu à midi) elle fut examinée par le docteur Deutsch, qui constata nettement, par le palper, au-dessus de l'utérus contracté, les petites parties libres, dans la cavité abdominale. Une opération étant jugée nécessaire, il demanda au docteur Reinhard et à moi de l'assister.

L'état à 5 heures était le suivant : La malade, bien nourrie, robuste,

(1) L'histoire de la première rupture fait le sujet de l'observation de Plénio. — Deutsch publie, dans la 2^e partie de cette observation, l'accouchement survenu après la guérison de la rupture.

est couchée sur le dos, gémissant et évitant toute espèce de mouvements. La respiration paraît accélérée, pouls un peu petit, 106. L'abdomen hémisphérique est repoussé en avant, et à l'inspection on remarque à la hauteur de l'ombilic, une petite rétraction plate. Si on appuie en cet endroit fortement avec le doigt, on peut percevoir sans difficulté, en arrière de la symphyse, un corps dur qui remonte vers le haut.

Ce corps peut être différencié nettement d'un autre corps sus-jacent qui semble n'avoir aucun rapport avec le premier.

L'axe principal du second corps est perpendiculaire à l'axe longitudinal du corps de la femme. Le second corps se déplace assez facilement et pendant les mouvements on voit apparaître des saillies anguleuses, dures, qui s'effacent peu de temps après.

A l'auscultation de l'abdomen, on n'entend pas les battements du cœur fœtal. Son tympanique clair dans les hypochondres. On ne peut constater, dans la cavité abdominale, la présence d'un épanchement abondant. En introduisant les doigts dans le vagin, on sent de petits coagulums sanguins. On pénètre alors facilement dans le col ouvert, qui se trouve à sa hauteur normale.

L'utérus fortement augmenté dans son volume peut être senti aussi bien par le col que par le rectum.

La peau, les seins, la vulve et la muqueuse vaginale témoignent une grosseesse avancée.

Le diagnostic de rupture utérine, d'origine traumatique, avec fœtus libre dans la cavité abdominale, ne fait pas de doute. Comme traitement on ne pouvait songer qu'à une laparotomie.

Après une désinfection soigneuse, la femme est chloroformée; on fait une incision le long de la ligne blanche, de la symphyse à l'ombilic. Incision couche par couche de la peau du tissu musculaire.

A l'ouverture de l'abdomen on constata ce qui suit : Dans l'angle inférieur de la plaie, l'utérus fortement contracté, sphérique, et c'est à sa face antérieure, juste sur la ligne médiane, que se trouve la portion supérieure, rectiligne, de la rupture. Le fœtus se trouve situé au-dessus, s'appuyant sur le fond, en position transversale, le siège à droite et les petites parties non décomplétées tournées vers l'utérus. Le fœtus se trouvait dans la cavité abdominale, non recouvert par le grand épiploon, tandis que le placenta, à en juger par le trajet du cordon ombilical inclus dans l'orifice de la rupture, devait encore être dans l'utérus. Pas de liquide dans la cavité abdominale, seulement un peu de sang. Après extraction facile du fœtus, on repoussa avec une compresse stérile les anses intestinales, on attira l'utérus au niveau de l'incision de la paroi abdominale; en exerçant une traction sur le cordon ombilical, on fit la délivrance et l'on empêcha de la sorte l'irruption dans la cavité péritonéale des eaux et du sang, s'écoulant en même temps que fut extrait le placenta.

L'examen de l'utérus, fait après la délivrance, permit de voir le trajet

presque rectiligne de la rupture; elle commençait juste à la partie moyenne de la face antérieure du fond de l'utérus, déviant seulement un peu de la ligne médiane du corps, elle s'étendait jusqu'au niveau de l'orifice interne environ; là, elle se recourbait presque à angle droit vers la gauche, de sorte que sur 2 centimètres et demi environ, le col était détaché du corps et pendait dans la cavité abdominale.

Les bords de la rupture étaient assez lisses, sans fentes latérales et n'étaient recouverts que d'un léger pointillé sanguinolent. Il est probable que cela tient à la contraction de l'organe, survenue immédiatement après la rupture.

Vu l'aspect normal des bords, la situation de la déchirure à la face antérieure de l'organe (grâce à cette situation, on pouvait espérer obtenir facilement l'écoulement des sécrétions si la réunion par première intention avait fait défaut), nous décidâmes de ne pas pratiquer l'extirpation de l'utérus et de procéder après désinfection énergique de la cavité utérine à la suture de la plaie. C'est ce qui fut fait.

Les sutures faites à la soie traversent presque toute la musculature et l'affrontement des bords de la plaie étant très satisfaisant, on introduisit un drain épais entre les bords de la déchirure, dans le fond de l'utérus et sortant par l'orifice externe du vagin. Toilette soignée du péritoine. Lavage énergique de l'utérus. Sutures des parois abdominales. Pansement à la gaze iodoformée.

Nous posâmes tous les trois un pronostic réservé; en effet nous n'avions pu prendre aucune mesure de précaution et nous dûmes considérer comme probable le danger d'une infection. La marche fut en général conforme à ce qui fut prévu. Température élevée le lendemain. Pouls et respiration accélérés pendant les premières semaines. En outre tympanisme pas trop accusé, mais gênant; à partir du 2^e jour, sensibilité à la pression des deux côtés de l'utérus.

Cette sensibilité cessa bientôt à droite, mais à gauche elle augmentait toujours et finit par donner naissance à un exsudat qu'on pouvait nettement sentir au palper.

Heureusement qu'il n'y avait pas de vomissements. Pendant 9 jours on dut faire le cathétérisme.

Traitement opiacé, injection d'ergotine plusieurs fois par jour, et à partir du second, à cause de la fétidité des lochies, lavage régulier de l'appareil génital, avec une solution phéniquée à 3 p. 100. Diète très sévère et pas d'aliments solides dans les premiers temps.

Le 12 juillet on procéda à l'enlèvement des premières sutures et le 14 aux dernières.

Le 15 juillet nous eûmes l'expulsion de masses fœtales de gros volume. La malade a sans doute eut une nuit agitée, car le lendemain on trouve la ligne de suture éclatée sur une grande étendue.

Nous réussîmes il est vrai à fermer la plaie par une suture secondaire, mais; néanmoins dans les jours suivants il survint une collection puru-

lente circonscrite, située entre l'utérus et la paroi abdominale, obtenue par agglutination du feuillet pariétal du péritoine avec le revêtement séreux de l'utérus.

Nous fûmes obligés d'inciser dans la partie moyenne de la cicatrice et comme les doigts introduits dans la cavité de l'abcès découvraient une communication entre cette cavité et l'intérieur de l'utérus, nous fîmes passer, par le vagin, un gros drain qui sortait par l'orifice de l'utérus et l'incision de la cicatrice. Il nous fut de la sorte possible d'assurer un écoulement constant au pus ; en faisant des lavages soignés, passant par tous les recoins de la cavité utérine, nous combattîmes les sécrétions de la plaie et des lochies. Quelque temps après, nous enlevâmes le drain, mais néanmoins la fistule utéro-abdominale ne diminua que très lentement.

Le 10 octobre, à sa sortie de l'hôpital, la malade présentait encore un petit trajet fistuleux, entouré de bourgeons de bon aspect et sécrétant peu de pus.

L'aspect des bourgeons permettait de prédire la fermeture complète de la fistule dans peu de temps.

L'examen, pratiqué dans les derniers jours, démontra que l'exsudat gauche était complètement résorbé ; le corps de l'utérus, adhérent par sa face antérieure au feuillet pariétal du péritoine, est un peu oblique à gauche mais à part cela, il ne présente pas de rapport anormal.

2^e Observation de DEUTSCH. — La servante A. K..., âgée de 23 ans, entre à l'hôpital d'Elbing, le 12 novembre 1888. La nuit précédente, elle a eu des douleurs très fortes et une hémorragie assez abondante.

Elle dit avoir eu ses dernières règles en février 1888 et avoir ressenti les premiers mouvements du fœtus le 15 juillet, on se trouvait en quelque sorte vers la fin d'une grossesse normale.

À l'inspection, ce qui frappe, c'est la coloration brunâtre de la paroi abdominale sur une étendue de 20 centimètres de long sur 12 centimètres de large, partant à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic et allant jusqu'à la symphyse. Sur ces téguments colorés, plusieurs cicatrices. La cicatrice supérieure est à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic et a une longueur de 1 à 2 centimètres dans le sens transversal.

La cicatrice inférieure, d'aspect rayonné, siège à 4 centimètres au-dessus de la symphyse et à 2 centimètres environ de la ligne médiane.

La cicatrice supérieure indique le point de départ de la plaie, faite à la suite de la laparotomie que j'exécutai il y a 4 ans, et c'est dans cet angle que j'avais introduit le drain. La cicatrice inférieure, située à gauche de la ligne médiane, provient de la contre-ouverture que je dus pratiquer.

Au-dessous de la cicatrice supérieure on apercevait plus ou moins nettement des tractus cicatriciels presque rectilignes se dirigeant vers le bas. Les parois abdominales étaient très amincies et très tendues par suite d'un ventre en besace très prononcé. À la partie la plus saillante de

cet abdomen, on remarque deux ulcérations arrondies de la grosseur d'une pièce de 10 pfennig (à peu près 50 centimes). Le fond de l'utérus est entre l'ombilic et le bord supérieur de la cicatrice, et au-dessous de cette dernière on peut sentir les petites parties fœtales. Le maximum des bruits du cœur est perçu à gauche. La tentative de redresser ce ventre en besace provoque des douleurs intenses et fait accomplir au fœtus de violents mouvements. A l'examen interne, il est presque impossible d'atteindre la portion vaginale du col, qui est sans cicatrice.

L'abdomen fortement redressé, j'ai pu sentir à travers le cul-de-sac vaginal antérieur, la tête du fœtus située au-dessus du petit bassin. Le promontoire était facilement accessible et j'ai pu sans peine parcourir la face du sacrum sur une étendue de 2 centimètres environ de chaque côté. Il s'agissait donc d'un bassin uniformément rétréci, qui toutefois n'était pas assez étroit pour empêcher le passage d'un fœtus de taille moyenne.

Après avoir pris la précaution d'évacuer le rectum et la vessie j'ai maintenu le ventre en besace, relevé au moyen d'un bandage et, pour calmer les douleurs, je prescrivis de la morphine.

Hémorragie peu abondante la nuit suivante. L'orifice utérin laisse facilement passer un doigt, il est plus accessible et l'on perçoit en avant de la tête le bord du placenta. On introduisit un dilateur pour provoquer le travail et le cas échéant la dilatation de l'orifice du col.

Le 14 novembre je m'aperçois que le travail n'exerce aucune influence sur la dilatation du col et les membranes ne bombent pas. J'endors la femme avec du chloroforme et je fais la version. Je me suis décidé à accomplir cette manœuvre parce qu'il y avait hémorragie. Le col étant facilement dilatable par la main, la version fut faite sans trop de peine, grâce à la présence du liquide amniotique. J'extrais une fille bien développée qui se met à crier immédiatement. Sitôt après l'accouchement se produisit une hémorragie « colossale » et le placenta se détacha à l'instant. Il était inséré sur le segment antérieur de l'utérus et adhérerait modérément à la cicatrice.

Les contractions de l'utérus deviennent peu accusées après l'extraction du placenta et l'hémorragie continue d'un côté par la déchirure du col, dont je ne peux évaluer l'étendue et d'un autre côté par la déchirure du périnée, qui atteint le sphincter anal. La métrorrhagie est elle-même assez abondante; aussi, tout en frictionnant l'utérus je procédai à son tamponnement ainsi qu'à celui du vagin avec de la gaze iodoformée. Je mis ensuite sur la cicatrice un sac de sable, maintenu à l'aide d'un bandage. La malade perdit beaucoup de sang pendant tout ce temps-là; il survint des vomissements, dus probablement à l'anémie. (Je n'avais employé que peu de chloroforme.) Je prescrivis le repos absolu, en outre je fis l'autotransfusion, et j'enveloppai les deux jambes.

Les vomissements se renouvelèrent le soir, le creux épigastrique était très sensible, néanmoins l'état général était assez bon, grâce à quelques doses d'ergot. La température s'éleva rarement à 39°, il ne survint pas

d'hémorragie bien abondante; j'enlevai les tampons le 16 novembre et je procédai à la suture du périnée.

En changeant le pansement, je me suis assuré que l'utérus était bien contracté, et à travers les parois abdominales relâchées et amincies, j'ai pu sentir la cicatrice de la paroi antérieure de l'utérus, survenue il y a 4 ans.

Il m'a semblé assez probable que les adhérences survenues il y a 4 ans entre la paroi utérine et la paroi abdominale ont été déchirées en partie.

Les suites de couches furent normales. La fièvre persista encore une quinzaine de jour, mais peu accentuée. Peut-être était-elle due à l'exsudat qui s'était formé dans la paroi abdominale au-dessus du petit bassin. La fièvre disparut complètement le 3 décembre. La malade se rétablit rapidement et quitta l'hôpital guérie le 23 décembre.

A sa sortie de l'hôpital on nota une cicatrice du col, située à droite et en arrière. La malade prétendit que son ventre était moins tombant que dans le courant de ces quatre dernières années.

OBS. XXVII. — FEUCHTWANGER, *Graviditäts und Geburtsverlauf in einem Falle von Geheilter Uterusruptur*. Inaugur. Dissert., München, 1893.

T. M..., femme de boucher, habitant Munich, âgée de 30 ans.

Dans sa jeunesse elle aurait été souvent malade, aurait marché seulement dans le cours de sa quatrième année, ayant souffert de rachitisme, d'œdème et de chloro-anémie.

Les premières règles apparaissent à 20 ans, elles sont régulières, non douloureuses, mais peu abondantes. A l'exception d'un seul, tous les accouchements ont présenté des anomalies.

A son 1^{er} on a extrait à l'aide du forceps un enfant à terme, mort-né. Métrite pendant la puerpéralité, aurait gardé le lit pendant 10 semaines.

Au 2^e accouchement, position oblique, version et extraction d'un fœtus mort-né. Péritonite pendant les suites de couches. Garde le lit 16 semaines.

3^e Accouchement à la fin du 7^e mois, la malade a fait une chute (accouchement avant terme). La fillette est vivante; suites de couches normales.

4^e grossesse normale. L'accouchement a lieu à la fin du 10^e mois.

La dilatation a duré 8 heures. Col complètement dilaté, poche des eaux rompue sans que la tête descende dans le bassin.

Le 17 mars 1890, à 6 heures du soir, la malade arrive à la clinique; le stagiaire arrivant à 6 h. 30 trouve un enfant en position oblique droite, la tête mobile au-dessus du détroit, les lèvres du col sont très œdématiées. Bruits du cœur fréquents. Travail tumultueux (violentes douleurs). La malade épuisée, deux assistants viennent à 8 h. 20 du matin. Les bruits du cœur fœtal ont disparu depuis 10 minutes. Pendant que les médecins étaient en train de se laver les mains pour pratiquer le toucher, la

malade toussa à deux reprises, et à chaque fois il s'écoula par le vagin 2 à 3 cuillères à bouche de sang. L'hémorragie cessa, on supposa qu'elle provenait de la déchirure des lèvres du col qui était très œdédié. On enleva la malade de son lit pour la placer sur la table d'opération.

Les indications pour l'accouchement étaient formelles, on procéda à la version. On y parvint facilement, et l'extraction du tronc jusqu'à la tête ne présenta pas de difficulté. L'expulsion de la tête dernière par le procédé de Wiegand-Martin-Winckel était très difficile, et ce n'est qu'après avoir employé beaucoup de force qu'on arriva à extraire la tête. L'enfant n'était mort que depuis peu.

On échoua dans la tentative d'extraction du placenta par le procédé de Crédé. Pour le détacher, l'assistant de la clinique introduisit toute sa main dans l'utérus et découvrit à son étonnement que l'utérus était déchiré sur sa face gauche et qu'il ne renfermait plus le placenta. On rembourra avec de la ouate toute la partie déchirée et l'hémorragie s'arrêta.

La malade était sans pouls, mais elle reprend après une injection d'éther, aussi se décida-t-on, pour terminer l'accouchement, à l'envoyer à la clinique gynécologique. Le transport eut lieu sans accident, et dès son arrivée on procéda à l'enlèvement du placenta.

Le professeur Winckel trouva à gauche une déchirure allant jusqu'au cul-de-sac vaginal. Le placenta était sorti par le péritoine également déchiré et reposait sur l'os iliaque gauche. Il introduisit donc toute la main dans le vagin à travers la déchirure et enleva le placenta de la cavité abdominale.

Un des assistants repoussa alors aussi fortement que possible l'utérus vers le bas, et toute la cavité utérine ainsi que la plaie furent rembourrées de gazes iodoformées très serrées. Après avoir terminé l'opération, on mit un bandage élastique comprimant l'abdomen pour prévenir le relèvement de l'utérus, et la malade fut replacée dans son lit.

La guérison eut lieu sans encombre; pendant les 78 jours de son séjour à l'hôpital, on n'observa que très rarement de la fièvre et encore ne fut-elle pas très élevée. La température maxima le 11 avril était de 39°,4. Badigeonnages de teinture d'iode qui amenèrent la disparition de l'exsudat formé autour de l'utérus. La malade quitte l'hôpital le 3 juin. A son exeat, on s'assura que tout était en ordre et l'on nota dans le cul-de-sac gauche une cicatrice.

Sept mois après cet accouchement les règles réapparurent, d'abord moins fortes qu'auparavant, mais plus tard aussi abondantes qu'autrefois, elles sont douloureuses.

En 1892 *nouvelle grossesse*, qui évolua normalement, dans les premiers mois seulement, quelques vomissements et la malade aurait éprouvé un peu de lassitude.

Fin novembre, la malade se présente à la clinique pour savoir s'il était indiqué de faire un accouchement avant terme.

Le professeur Winckel y fut opposé, parce que l'enfant n'était pas très

volumineux et que la cicatrice n'était pas très douloureuse ; il recommanda toutefois de porter une pelote entourée de ouate, appliquée sur la cicatrice, afin d'exercer une contre-pression en cas de distension ou de dilacération de la cicatrice en raison de l'agrandissement de l'utérus.

Il recommanda en même temps de soumettre la malade au régime de Prochownik, pour obtenir un fœtus aussi petit que possible, avec un crâne très compressible.

La femme revint le 12 décembre 1892, avec de la céphalée et de légères pertes sanguinolentes.

La malade raconta que le 11 décembre, à 10 heures du matin, il y aurait eu la rupture de la poche des eaux. Les douleurs seraient survenues immédiatement après son arrivée à l'hôpital ; l'enfant se présentait par le siège.

Accouchement avant terme d'un enfant de 450 grammes, long de 28 centimètres, le 15 décembre, à 2 h. 20 de l'après-midi.

L'enfant vécut pendant 3 heures. Le placenta ne fut pas expulsé immédiatement. En raison de l'existence de la cicatrice il n'était pas indiqué de procéder à l'expression de Credé. Comme il n'y avait indication à intervenir on décida d'attendre et l'on mit une vessie de glace sur l'abdomen. La céphalée dont se plaignait la malade à son entrée persiste.

Le 16 décembre, légère fièvre (38°,4) qui ne tarda pas à disparaître.

Le 18 au matin, même état, céphalée, prescription de 0 gr. 25 de sulfate de quinine.

À 4 heures de l'après-midi, hémorragie abondante, traversant le linge et le matelas, la malade perdit environ 4.500 centimètres cubes. Depuis lors collapsus, à 5 h. 5.

Winckel introduisit immédiatement 2 doigts de la main droite dans l'utérus et trouva à gauche le placenta presque détaché, ne tenant à l'utérus que par son bord supérieur.

On parvint très facilement à détruire cette adhérence et l'on pratiqua alors l'extraction du placenta.

L'état de la malade est mauvais, pouls petit, 120 à la minute. Respiration superficielle. Injection d'éther.

Une heure plus tard, l'état général est aussi mauvais.

Injection de 1 litre d'eau salée dans la cuisse. Pouls plus plein et plus lent. Dans la nuit, douleurs au point d'injection. La malade ne put dormir. Ces douleurs persistent même le lendemain 19 décembre, malgré l'application de compresses de sous acétate de plomb et d'une vessie de glace. Dans la soirée, fièvre, 39°,5, et tuméfaction assez forte au lieu d'injection. La fièvre modérée ne dépasse pas 39°,5 et persiste durant quelques jours. La malade se trouve dans une obnubilation légère, la tuméfaction et les douleurs s'étendent à toute l'extrémité inférieure de la jambe.

Ces phénomènes commencent à s'amender à partir du 23 décembre. La malade se sent mieux, la fièvre diminue (à partir du 25 décembre, la température ne dépassa jamais 38°,2).

La tuméfaction de l'extrémité inférieure se dissipa peu à peu, de telle sorte que la malade, malgré tous les conseils donnés, quitta l'hôpital le 28 décembre. Il est assez probable que, si son séjour à l'hôpital se fût poursuivi quelques jours de plus, la guérison aurait été complète ; mais elle rentra chez elle, ne trouva pas les soins nécessaires, ne se reposa pas et son état s'aggrava rapidement. Elle dut se présenter à la consultation de chirurgie, un abcès étant survenu à la cuisse et nécessitant une incision qui donna libre cours à un abondant flot de pus.

L'amélioration se fit vite sentir et la malade quitta le lit ; fin janvier la guérison complète arriva.

OBS. XXVIII. — BRAUN VON FERNWALD, *Ueber Uterusruptur*, Wien, 1894, p. 48.

Léopoldine C..., Vpare, grossesses et accouchements antérieurs normaux.

Marche de la grossesse normale, bassin normal, présentation en dorso-antérieure transverse. Début du travail le 23 mai 1880, à 10 heures du matin. A 5 heures du soir, rupture des membranes. La malade est amenée à l'hôpital, ayant une présentation de l'épaule ; par suite d'une sensibilité extrême, au-dessus de la tête située à gauche, on suppose une rupture de l'utérus. Pas de collapsus. P., 48. Température normale.

Le col est très dilaté, tendu, on ne peut atteindre par la main introduite la déchirure. Décapitation de l'enfant.

Après l'opération, on trouve la rupture, large de 4 travers de doigt environ, occupant le segment inférieur de l'utérus et située en arrière du ligament rond gauche. Le poulx après l'opération est de 88, la température normale.

Le placenta, qui avait passé par la déchirure dans la cavité abdominale, est extrait avec la main. Hémorragie externe peu abondante, drainage double de la déchirure, ouate salicylée dans le vagin. Le quatrième jour seulement on fait une irrigation chaude avec de l'eau phéniquée. Marche progressive et normale vers la guérison, et sort le 30^e jour.

La femme redevient de nouveau enceinte deux ans après ; accouchement spontané au cours du 7^e mois d'un enfant vivant en présentation des fesses.

Cet enfant meurt quelques jours après.

L'accouchement prématuré s'est fait sans incidents et la femme sort guérie.

OBS. XXIX. — FRANK, *Ueber Zerreißungen der Gebärmutter in der Schwangerschaft und bei der Geburt. Centralblatt für Gyn.*, n° 39, 1894.

Femme âgée de 27 ans, bien portante, avec un bassin plan. Sp. 27 ; Cr. 28 ; Tr., 31 ; Bd, 18 ; Dd, 10.

Début du travail le 26 mars 1887, à 6 heures du soir..

Rupture prématurée des membranes à 4 heures du matin. Douleurs intenses. Rigidité. Tête au détroit, la lèvre antérieure du col est enclavée.

A partir de 11 heures et demie, le 27 mars, on a appliqué le forceps à plusieurs reprises. C'est avec peine que l'on parvint à extraire l'enfant à 2 heures et demie du matin. Enfant mort.

L'auteur fut appelé à 7 heures et demie du matin, la femme est sans pouls, toute la paroi recto-vaginale est rompue, les culs-de-sacs vaginaux sont déchirés à droite, jusqu'à l'orifice interne de l'utérus.

Le siège de la rupture est occupé par l'épiploon et des anses intestinales. Grâce à la déchirure du périnée, il fut facile de pratiquer la suture de la plaie avec de la soie et en commençant par le haut. Puis suture du périnée.

Les premiers jours, on fit à la malade des injections d'éther et de camphre. Lavements nutritifs.

Élévation de la température dès le 2^e jour, qui persista durant 15 jours. Température maxima, 41^o,9. Pouls, 160.

Phénomènes pelvi-péritonéaux. Le siège de la déchirure est surmonté d'une exsudation. Enlèvement des fils le 14^e jour. La plupart de ceux-ci ont déchiré les tissus. Le périnée n'est pas guéri. La malade ne peut quitter le lit que 9 semaines après l'accouchement. Suture de la déchirure périnéale le 15 octobre 1889.

Accouchement normal sans déchirure aucune le 5 septembre 1891. Application de forceps, la tête étant descendue assez bas, et la femme s'en alla bien portante de l'hôpital.

OBS. XXX. — SHAFER, Spontane Uterusruptur während der Geburt. *Therapeutische Monatsheft*, juillet 1897.

Les premiers jours de Noël 1893, je fus appelé à 3 heures de l'après-midi dans un village distant de 6 kilomètres, pour une femme en couches qui aurait depuis 12 heures des convulsions violentes. Les eaux se seraient déjà écoulées (état matériel misérable). La sage-femme m'apprit qu'elle avait été appelée le 20 décembre, mais que les douleurs étaient peu intenses. La femme aurait accouché 5 fois, toutes les fois les douleurs furent peu violentes et l'accouchement ne se produisait que le 3^e jour. Tout se serait bien passé.

Rupture de la poche des eaux à 9 heures, l'orifice du col se dilate lentement. Cette femme est âgée de 37 ans, prétend n'avoir eu aucune maladie, aspect d'une agonisante, front couvert de sueurs froides, yeux ternes, nez étiré et froid, commissure labiale abaissée, lèvres pâles, tout le visage présentait l'aspect d'une pauvre mourante et dépeignait la souffrance. La respiration est brève et très superficielle. Le pouls est à peine perceptible, on comptait jusqu'à 160 pulsations. L'abdomen est très météorisé, distendu et extrêmement sensible.

L'examen externe, pratiqué superficiellement, fait sentir les petites parties (pieds) près de l'appendice xyphoïde, on avait affaire à une rupture de l'utérus. Par l'examen interne je découvre la tête fœtale très volumineuse sous la symphyse, près du détroit inférieur. De quoi s'agissait-il ? Peut-être avais-je affaire à des jumeaux dont l'un avait provoqué la rupture tandis que l'autre était en présentation normale. J'appliquais le forceps et, en exerçant des tractions brèves, j'extrayais un enfant de grande taille, mort et bien développé.

Le placenta sortit immédiatement après.

Ne m'étant pas bien rendu compte des petites parties senties au début dans le voisinage du sternum, j'introduisis rapidement mon doigt dans le vagin et de là dans l'utérus pour attirer de la cavité abdominale l'enfant qui y aurait été. Cette supposition semblait être confirmée par ces faits qu'à peine étais-je rentré dans l'orifice utérin, je sentais quelque chose ressemblant au cordon ; j'avais la sensation d'un corps mince, mou, en forme de corde, présentant de place en place des nodules durs. N'ayant trouvé rien autre, j'exécute des tractions sur le prétendu cordon, mais je fus désagréablement surpris de voir descendre une masse de cordon semblable, il s'agissait d'une rupture utérine avec procidence d'anses intestinales.

Les anses intestinales sont réintroduites dans l'abdomen à travers la déchirure.

Avec les doigts je cherchais à connaître la longueur de la déchirure qui semblait siéger à la face antérieure de l'utérus, sa longueur était de 21 centimètres environ. Le bord était épais de 2 travers de doigt environ, dentelé, inégal. La déchirure est dirigée un peu obliquement, en haut et à droite. Ayant repoussé toutes les anses intestinales, je fis coucher de nouveau la femme dans la position obstétricale, j'exerçais des pressions violentes sur l'abdomen, je frictionnais l'utérus pour essayer par les contractions de fermer la déchirure. Je fis ensuite mettre sur l'abdomen de lourdes bandes et j'introduisis dans l'utérus, pour le drainage, un grand morceau de gaze iodoformée.

Hoquet constant et vomissements ; l'état de la malade semble empirer : champagne et glace à l'intérieur, et sur l'épigastre vessie de glace. (Je pensais à une mort prochaine.)

Le lendemain, le mari vient m'avertir que la malade va mieux, qu'elle n'a pas de fortes douleurs, que les vomissements, tout en persistant, sont moins fréquents. Je revis aussitôt la malade, j'ordonne de continuer le traitement, je prescrivis de l'opium et deux fois par jour j'introduisis des bandes dans l'utérus. Guérison au bout de 5 semaines sans accidents.

En février 1896, je fus appelé chez la même femme pour la délivrer. Je fis attention à l'ancienne déchirure ; je me trouvais en présence d'un avortement au 5^e mois, il me fut facile d'extraire le placenta. Après son

extraction j'ai constaté à la paroi antérieure de l'utérus une gouttière épaisse comme une plume d'oie, longue de 12 centimètres environ, dirigée à droite et en haut.

L'examen bimanuel démontra que la musculature était très mince à cet endroit, et, craignant de produire une lésion, je cesse mon examen.

Cette gouttière correspondait au siège de la première déchirure.

OBS. XXXI. — ALEXANDROFF, Thèse de Dorpat (Jurjev), 1900.

17 août 1898, à 3 heures de l'après-midi, est entrée à la maison d'accouchement, près l'hôpital Staro-Catherina, à Moscou, la femme A. M..., âgée de 35 ans, IXpare.

Les 3 premiers accouchements ont eu lieu avec des enfants vivants. Les 4 suivants, enfants mort-nés, application de forceps dans les 2 derniers.

Elle est entrée à l'hôpital avec une dilatation de 2 travers de doigt, la poche des eaux est rompue. Les douleurs sont peu fréquentes, mais deviennent intenses 1 heure après. Dilatation de 3 travers de doigt. Les douleurs deviennent très fortes, l'anneau de Bandl est net, agitation, pouls mauvais, faible, fréquent (140), T., 37°,3.

La femme est pâle, anémique ; à l'inspection, on constate la forme en sablier du ventre. A l'ombilic il y a un sillon profond au-dessus duquel on constate une tumeur s'élevant presque jusqu'au péricarde ; au-dessous du sillon, une tumeur plus volumineuse à point de départ dans le petit bassin.

La palpation du ventre est douloureuse, la tête est mobile ; on n'entend pas les bruits du cœur, on ne sent pas les petites parties. La mobilité antéro-postérieure de la tumeur supérieure, mate à la percussion, était limitée, la tumeur inférieure est immobile.

Des parties génitales s'écoulent des caillots sanguins ; avant de procéder à l'examen interne on supposa avoir affaire à une rupture utérine avec issue partielle du fœtus dans la cavité abdominale.

Examen interne. — Col presque complètement dilaté, seule la lèvre antérieure était encore sous forme de bord très mince.

La tête est mobile, bosse sanguine volumineuse. On ne peut sentir la position, mais il est probable que c'est une O. I. G. A. Promontoire accessible. Diamètres, 10, 23, 30, 17 1/2.

Pendant la durée de l'examen, expulsion de caillots sanguins. Vue la forme du ventre, la mobilité de la tête, l'écoulement sanguin, l'absence des contractions utérines, l'état général, on pouvait presque diagnostiquer une rupture utérine.

L'accouchement fut terminé à l'aide du forceps de Busch, sans chloroforme.

Avant l'opération, cathétérisme, lavage soigné des organes génitaux externes au sublimé à 1 p. 3.000. Lavage vaginal avec la même solution. Malgré la mobilité de la tête l'application de forceps n'offrit pas de difficulté. Après quelques tractions modérées, on extrait le fœtus mort, écoulement abondant de sang.

Pendant l'extraction le ventre changea sa forme, la tumeur inférieure formée par le fœtus disparaît, la supérieure constituée par l'utérus s'abaisse.

Le placenta fut expulsé par le procédé de Credé.

Examen interne après l'accouchement. — Culs-de-sac intacts. La lèvre antérieure était séparée de l'utérus au niveau de l'orifice interne. La rupture transversale occupe toute la circonférence antérieure du col. A travers la déchirure la main pénètre facilement dans la cavité abdominale en avant de l'utérus bien contracté vers les régions ombilicales sous-costales.

L'auteur n'a pas constaté la présence d'anses intestinales, mais malgré cela on pensa à une rupture complète.

En raison de la contraction énergique de l'utérus, de l'arrêt de l'hémorragie, on se décida à l'expectation et on introduisit un drain.

On commença par un lavage vaginal à l'eau salée, puis on introduisit une mèche de gaze iodoformée et on appliqua sur le ventre un pansement compressif, et ensuite une vessie de glace. Injections sous-cutanées d'éther (2 seringues Pravaz). Caféine. Le poulx se relève et devient moins fréquent (116-120). La malade devient plus calme.

Suites de couches normales, sans fièvre. T. matin et soir, 36°, 8-37°; P., 68-72. Le ventre n'est plus douloureux, pas de phénomènes péritonéaux, même locaux.

Après 2 jours on enlève le drain, qui est imbibé de sang.

Deux semaines après l'accouchement, la malade sort guérie.

Examen à la sortie : Utérus un peu volumineux, en rétro-flexion; le col est de nouveau reformé, l'orifice externe laisse passer 4 doigt. A la surface interne de la lèvre antérieure près de l'orifice interne, un sillon transversal, profond, tapissé de bourgeons charnus saignants, c'est là le siège de la rupture. Les culs-de-sac sont intacts.

En raison de la marche tout à fait afebrile et de l'absence de phénomènes péritonéaux, même locaux, on admet dans les premiers jours que l'on avait eu affaire à une rupture incomplète avec passage du fœtus dans l'espace sous-péritonéal.

Quant à l'étiologie de la rupture, on peut aussi se rallier à l'opinion de Bandl, et l'on est d'avis que, outre le rétrécissement, la rupture a pu être secondée par les lésions du col qui avaient pu survenir pendant les accouchements antérieurs, laborieux, à savoir cicatrices et peut-être inflammation chronique.

En effet, la malade était atteinte de leucorrhée.

Un an plus tard, la malade revient à l'hôpital, enceinte de 4 mois. On lui proposa de pratiquer un accouchement prématuré au cours du 9^e mois ; mais en novembre 1899 elle accoucha à l'hôpital, spontanément, d'un enfant vivant de 7 mois.

CHAPITRE III

Étude des cas dans lesquels on a interrompu artificiellement la grossesse.

Après avoir vu combien fréquente était la récurrence des ruptures lorsqu'on laissait la grossesse évoluer à terme et l'accouchement se faire spontanément, nous avons fait une nouvelle classification des cas que nous avons pu recueillir et où l'accouchement prématuré a été provoqué.

Les auteurs partisans de cette méthode sont nombreux. Bandl propose l'accouchement prématuré artificiel, la raison de la rupture ultérieure n'étant pas tant dans la résistance amoindrie du tissu cicatriciel, qui cédera cependant s'il y a obstacle à l'expulsion, mais plutôt dans la disproportion entre le volume du fœtus et le diamètre du bassin.

Pour Battlehner, au contraire, l'étroitesse des parties osseuses ne sera pas la cause de la rupture, mais l'amincissement extrême du col et du cul-de-sac antérieur, provoqué par le grand nombre des accouchements précédents et qui empêche ces organes de pouvoir soutenir une trop grande distension.

Pelham, dont nous avons relaté trois observations dans le chapitre précédent, dit que, lorsqu'il est appelé près d'une femme enceinte ayant une ancienne cicatrice, il conseille l'accouchement avant terme ou la césarienne. Dans une quatrième observation, il fit un avortement (obs. XXXVII) et put après examiner l'utérus. Il constata alors son extrême minceur sur

toute sa paroi et il se base sur cet état pour tenir la ligne de conduite qu'il indique; car la rupture en cas de cicatrice est encore plus fréquente par suite du siège défavorable de celle-ci, qui intéresse en général les portions de la matrice soumises à une dilatation intense pendant le travail. Aussi est-ce par crainte et pour prévenir les menaces d'une nouvelle rupture que les auteurs préconisent l'accouchement provoqué.

Freund est d'avis que l'éclatement de la cicatrice est presque constant au cours d'un accouchement ultérieur à terme. Et c'est une exception heureuse de voir un accouchement à terme se terminer sans accidents, tandis que dans les accouchements prématurés, spontanés, artificiels ou opératifs, les cicatrices même étendues peuvent supporter les dilatations nécessaires.

Il ne faut cependant pas perdre de vue le rôle joué par les cicatrices anciennes dans un accouchement avant terme, mais il ne faut pas non plus leur imputer une importance considérable, et son observation (obs. XXXII) démontre qu'une cicatrice peut présenter une résistance plus grande que ce que l'on supposait.

Son histoire est d'autant plus intéressante que c'est une grande multipare, à bassin plat, qui eut des accouchements longs et pénibles. C'est au 6^e que se produisit la rupture utérine, qui siégeait transversalement sur le segment inférieur. La laparotomie est faite d'emblée, on suture la déchirure et l'on établit un drainage utérin par le vagin.

Onze mois à peine après sa guérison, elle poursuivait sa 7^e grossesse, lorsque Freund l'examina. Devant cette rapidité de conception, il pratique l'avortement au cours du 4^e mois, ayant déjà constaté « une distension menaçante du segment inférieur au niveau de l'ancienne suture ».

Guérie, cette femme redevient enceinte une 8^e, 9^e, 10^e, 11^e fois, chaque fois il provoqua l'avortement entre le 3^e et 4^e mois.

Devenant pour la 12^e fois enceinte, Freund jugea que la cicatrice avait pu se consolider depuis le temps et que du tissu

musculaire s'était amassé tout autour de la déchirure, il pensa alors qu'il pouvait laisser cette grossesse évoluer. Au 6^e mois il l'examina et constata une adhérence à la paroi antérieure du col haut fixé, et un amincissement de la paroi en avant du segment inférieur. Néanmoins, il ne laissa pas cette femme aller à terme et pratiqua l'accouchement prématuré, artificiellement, dans le courant de la 33^e semaine. L'enfant se présentait par le siège; quoique de petit volume, ne pesant que 2.220 grammes on eut quelques difficultés à extraire la tête. Freund parvint à l'élever, et la femme guérit.

Stroganoff, lui aussi, partisan de la méthode conservatrice, publie deux observations dans lesquelles il laissa la grossesse suivre son cours régulier, et pratiqua l'accouchement prématuré. L'heureuse issue des accouchements fait penser à M. Stroganoff qu'on peut à l'avenir se montrer plus conservateur dans le traitement des ruptures et ne pas leur appliquer systématiquement l'hystérectomie. Toutefois, pendant le développement de l'œuf, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, il demande à ce que ces femmes soient placées dans des conditions où l'on puisse agir rapidement, si un accident survenait, tout au moins terminer l'accouchement aussi vite que possible. Il recommande en outre, au moment de l'accouchement, de diminuer la force des contractions, d'user de procédés accélérant le travail tout en étant inoffensifs pour la mère et l'enfant. C'est ainsi qu'il conseille la version podalique combinée de Braxton-Hicks et qui est praticable toutes les fois que le col laisse passer trois doigts. Dans les cas où la mobilité du fœtus est diminuée par suite des contractions excessives de l'utérus, la version pouvant devenir alors dangereuse, il préfère avoir recours au forceps. Tous ces auteurs qui pratiquent l'accouchement avant terme dans la crainte d'une rupture utérine, ont-ils tous des succès? L'accouchement prématuré provoqué met-il donc à l'abri d'une nouvelle rupture? Non, car nous verrons deux exemples (obs. XL et XLI) où la femme répéta sa déchirure, et malheureusement une d'elles mourut.

Elle avait eu un travail pénible, de nombreuses cicatrices existaient sur le col, et de nombreux tractus cicatriciels se dirigeaient vers la paroi du vagin. Dittel chercha à accélérer le travail en introduisant un dilatateur. Les cicatrices durent être incisées, et, le fœtus étant mort, une craniotomie fut décidée. Le placenta était en léger état de décomposition; une irrigation intra-utérine pratiquée, la cavité vaginale fut tamponnée, mais la malade meurt 12 heures après. Un autre cas qui montre combien l'accouchement prématuré n'empêche pas une rupture nouvelle, est l'observation rapporté par Kriwski (1) et Mikhine.

Nous avons pu grouper 10 cas où l'accouchement prématuré a été provoqué, 5 fois l'enfant étant viable (obs. XXXII, XXXVIII, XXXIX, XL et XLI) et 5 autres fois entre le 3^e et 6^e mois (obs. XXXIII, XXXIV, XXXV, XXXVI, XXXVII).

Sur ces 10 femmes 9 ont vécu et une est morte (obs. XL), 3 enfants sont nés vivants (obs. XXXII, XXXVIII, XXXIX), 2 d'un poids au-dessous de la moyenne (2.000 et 2.220 grammes), un autre pesant 3.150 grammes et l'on avait dû faire pour ces trois accouchements une version.

Deux des enfants, l'un du poids de 3 kilogrammes, l'autre sans encéphale de 1.350 grammes, sont morts pendant le travail (obs. XL, XLI), qui fut lent et laborieux. De plus, il a été possible de constater chez quelques-unes l'extrême amincissement de la paroi utérine avec atrophie musculaire sur toute l'étendue de la cicatrice ou bien encore un épaissement considérable de la rupture formant un promontoire.

Tels sont les résultats que nous donne cette statistique; si l'accouchement prématuré enlève à certains auteurs la crainte de voir une nouvelle rupture se reproduire, ne les met-il pas complètement à l'abri, et le traitement qu'ils appliquent ne saurait être le traitement de choix, puisque sur les 10 cas de

(1) *Ann. de gynec. et d'obst.*, 1902. Nous avons trouvé la même observation relatée dans le travail intitulé: *Zur Casuistik einer wiederholten Uterus-ruptur*, de Kriwski (page 9 du *Monats. f. Geb. und Gyn.*, janvier 1902).

notre classement nous trouvons encore 2 nouvelles ruptures avec une mort. Le nombre des enfants vivants est seulement de 3, un seul atteint-il un poids normal, 2 autres sont morts.

OBS. XXXII. — FREUND, *Zeitsch. für Geburtshilfe und Gynäkol.*, vol. XXIII, n° 20, 1892, et *Centralblatt für Gyn.*, n° 8, février 1903. Cas VII p. 496.

Femme âgée de 33 ans, Vipare, bassin modérément plat. Le 1^{er} et le 3^e accouchements furent longs, mais comme le 2^e a donné naissance à un tout petit enfant, ils se sont terminés spontanément. C'est au cours du 4^o que j'ai vu la femme pour la première fois, dilatation du col très prononcée, saillie très accusée du segment inférieur sur toute l'étendue de la paroi antérieure. La rupture étant à redouter, on pratique la perforation.

Le 5^e accouchement n'a pas été observé par moi, il fut spontané, mais long. Enfant petit.

Au cours de sa 6^e grossesse, qui est à terme, la femme contracte une grippe grave. Douleurs peu accusées au début ; 7 heures plus tard, rupture des membranes, travail si intense et si douloureux que la malade croit, en quittant le lit, diminuer l'intensité de ses douleurs ; elles continuent aussi violentes pendant 4 heures, puis la malade se décide à envoyer chercher le médecin. 1 heure plus tard, en voulant se coucher, la malade glisse et tombe sur le rebord du lit pendant la contraction utérine. Elle s'écrie aussitôt que quelque chose vient de se déchirer dans son ventre. Les douleurs cessent immédiatement, du sang s'échappe par le vagin, et elle accuse des douleurs lancinantes dans tout le bas-ventre. Respiration superficielle, perte continue de connaissance, vomissements bilieux et fréquents. Je trouve la femme en collapsus ; pouls irrégulier assez fort, 100. Visage un peu livide, grisâtre, se plaignant de douleurs terribles et persistantes à la région ombilicale ; le ventre est uniformément tendu et très ballonné, presque pâteux et sensible en tous points. Je ne réussis pas à me rendre compte de l'état de l'enfant, ni par l'auscultation, ni par le palper. Les bruits utérins sont élevés au-dessous de l'ombilic. Un peu de sang liquide s'écoule du vagin. Quelques caillots de sang volumineux, dépassant le volume d'un poing, qui, après leur enlèvement, donnent naissance à une hémorragie peu abondante mais persistante. L'examen n'est possible qu'après avoir légèrement endormi la malade. Les lèvres du col sont fortement tuméfiées. En introduisant la main plus profondément, on constate facilement l'existence d'une déchirure très large, pénétrant dans le segment inférieur, ayant mis à nu le parametrium droit. Les bords de la rupture sont déchiquetés, mous, tuméfiés et couverts de caillots sanguins, du

sang chaud s'écoule sur la main, on sent dans la cavité abdominale l'utérus bien contracté, très élevé, de volume supérieur à une tête d'enfant, rétréci et dévié à gauche. Le placenta qui est dans la déchirure est immédiatement enlevé, les pieds de l'enfant, mort, sont dans la partie droite de l'abdomen, le tronc est transversal, au-dessus du promontoire saillant ; la tête est à gauche dans l'abdomen. Vu l'hémorragie persistante et l'impossibilité, par suite des mauvaises conditions ambiantes, de pratiquer une laparotomie immédiate, l'enfant est extrait par les pieds rapidement et facilement jusqu'à la tête, qui n'a pu l'être complètement que 5 minutes plus tard par le procédé de Veit-Smellie. Il ne survint pas d'hémorragie abondante.

Enfant mâle, très volumineux, le poulx demeure bon, l'hémorragie s'arrête dès le réveil de la femme. On la transporte sans tamponnement à la clinique ; envie de vomir, hémorragie peu abondante, pas de collapsus.

Laparotomie immédiate, incision de l'ombilic à la symphyse. Parois abdominales molles, légèrement graisseuses et remplies de sang, hyperémie ; épanchement sanguin dans le segment inférieur des droits abdominaux, péritoine pariétal soulevé en dôme comme un sac, bleu sombre ; on l'incise avec précaution, car les anses intestinales y sont intimement accolées, la vessie s'élève très haut. Après incision du péritoine écoulement abondant de sang liquide et de caillots. On trouve une déchirure transversale de l'utérus, allant du ligament large droit, qui lui aussi est déchiré, au ligament gauche, se continuant dans le parametrium droit, et dans cette partie elle siège principalement au niveau du sommet vésical, au-dessous de l'insertion péritonéale. La vessie n'est pas ouverte, mais complètement décollée. La lèvre antérieure du col, tuméfiée, a pénétré à travers la déchirure vers le haut, dans la cavité abdominale ; l'anneau de contraction n'est pas visible, les bords de la déchirure sont mous, déchiquetés et saignants. L'artère utérine gauche donne. On la saisit et on la lie, il est fait de même pour l'utérine droite qui, après l'enlèvement d'un caillot, se mit à donner. Le poulx s'est abaissé, mais se relève après une injection d'éther, l'utérus est tamponné avec de la gaze iodoformée, qu'on laisse pendre par le vagin. Immédiatement après égalisation et désinfection des bords de la déchirure, sutures transversales à la soie, profondes et superficielles. Le péritoine vésical est de nouveau réuni à la paroi antérieure de l'utérus. Cessation de l'hémorragie. Toilette péritonéale. La déchirure est recouverte d'un tampon de gaze iodoformée, qu'on laisse sortir par l'angle inférieur de la plaie abdominale, après quoi on ferme l'abdomen. Pansement compressif. Durée de l'opération, trois quarts d'heure.

La femme se rétablit rapidement grâce aux lavements au vin rouge. T. du 1^{er} jour, 38°, normale les jours suivants. Le poulx redevient fort, 88. Le 2^e jour expulsion spontanée des tampons utérins, avec des gaz. Le 4^e jour, T., 38°, 6.

La forte grippe, avec toux persistante, qui existait lors de l'accouchement, sévit encore ; on enlève le tamponnement abdominal, accumulation considérable de sérosité sanguine dans le pansement et en arrière. Utérus dur, contracté, s'élevant à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Abdomen insensible, lochies séreuses peu abondantes jusqu'au 6^e jour ; température normale malgré la toux.

7^e jour, T., 38°-39°, seins volumineux.

9^e jour, T., 39°, la malade expectore des crachats nettement pneumoniques. A droite et en bas, au-dessus du lobe inférieur, matité très accusée avec râles. Guérison de la pneumonie au 16^e jour. Le 10^e jour toutes les sutures ont été enlevées réunion par première intention.

La malade se lève le 16^e jour.

Le 20^e jour la fièvre se rallume, et l'on constate une nouvelle matité, à droite et en arrière, avec douleur violente dans le thorax.

Il se forme une pleurésie qui donne naissance à un volumineux épanchement, la malade ne pouvant pas demeurer à la clinique et étant allée chez elle, où elle ne suit aucun traitement, l'épanchement devint putride. Une opération fut jugée nécessaire, et après résection d'une côte, on enleva 1 litre de liquide fétide. Elle se rétablit et quitte l'hôpital complètement guérie.

Elle refusa notre conseil de ne plus devenir enceinte, car elle voulait avoir à tout prix un septième fils, parce que toute famille ayant 7 fils reçoit un secours.

Onze mois plus tard, elle revient nous voir, elle est dans son 4^e mois quand je l'examine, et elle a certaines craintes sur le dénouement final. L'utérus est développé avec portion vaginale et supra-vaginale très rigide, portant une cicatrice profonde. La cicatrice qui était transversale avait assurément la largeur du pouce ; les parois du col rigide étaient appliquées l'une sur l'autre, l'orifice externe du col était si bien fermé que nous ne pûmes y introduire une sonde fine, seul le corps donnait la sensation ordinaire. Dans le parametrium droit, un tractus cicatriciel dur, tendu, immobilise l'utérus.

Vu l'état des parties molles, il était à craindre que, par suite de la tension bien connue de l'organe, se dilatant très précocement pendant la grossesse au point lésé du segment inférieur, une déchirure nouvelle se reproduise, même si l'accouchement avait lieu longtemps après la guérison de la première déchirure, mais dans le cas actuel, on pouvait être certain d'une nouvelle rupture.

L'accouchement prématuré lui-même qui était indiqué ici, présentait aussi un danger, et d'autre part il n'était pas facile de choisir un procédé opératoire. Pour ce qui est des manœuvres intra-utérines, elles furent prescrites dès le début, par suite de l'imperméabilité du col rigide.

J'ai eu il y a déjà longtemps de bons résultats avec la ventouse électrique, aussi je me décidai à employer ce procédé. Le succès fut rapide,

la partie rigide du col se ramollit promptement et d'une façon qu'il m'aurait été difficile d'obtenir par un autre procédé.

Comme on agit toujours quand on emploie l'électricité, c'est avec précaution et lenteur que j'en usais pendant 5 jours, n'employant la galvanisation que 2 à 3 fois par jour et pendant 2 heures.

Le courant était interrompu dès qu'une contraction survenait, évitant de la sorte toute irritation. Déjà dans l'après-midi du premier jour, au cours des contractions efficaces, une dilatation précoce du segment inférieur de l'utérus survint et à un tel degré que je craignais de voir un éclatement du segment cicatrisé se produire. Cette partie se dilata considérablement, devint lisse et se rétracta en dedans, car elle était fixe. Les douleurs violentes dès les premiers jours sont plus accusées qu'au début d'un avortement. Au 5^e jour, le col est raccourci, ramolli à permettre l'introduction d'une sonde épaisse; j'avais peur de rompre trop tôt les membranes, et j'appliquai des lamineuses pour dilater la portion rétrécie. Je perce les membranes à l'aide d'un dilateur épais. Ce n'est que 3 jours après (9 jours après la 1^{re} galvanisation) qu'eut lieu l'accouchement spontané du fœtus, mort tout dernièrement.

Une hémorragie persistante se produisit et je détachai le placenta marginal, inséré à la paroi antérieure de l'utérus. Je constatai la saillie de l'ancienne cicatrice dans le segment inférieur intact. On voit donc dans ce cas que j'observai à trois reprises la dilatation du col, et la 3^e fois dès le premier jour d'un accouchement artificiel prématuré.

La femme est devenue *encore enceinte 4 fois*, chaque fois j'ai pratiqué l'avortement artificiel entre le 3^e et 4^e mois. La ventouse électrique s'est montrée comme un moyen très efficace et peu dangereux.

La malade *devenant enceinte pour la douzième fois*, il m'a semblé que j'étais autorisé à attendre la viabilité du fœtus, attendu qu'à l'encontre de ce qu'il y avait autrefois, du tissu musculaire s'était amassé tout autour de la déchirure et que grâce à cela le segment déchiré autrefois se trouvait être plus résistant.

J'ai pratiqué l'accouchement prématuré, la 33^e semaine; je me suis servi pour provoquer le travail, d'abord de la ventouse électrique, puis, quand l'orifice du col laissa passer un doigt, du dilateur (Colpeurynter).

Le travail marchait bien, je sentais nettement la partie cicatrisée de la portion antérieure de l'utérus se dilater considérablement. Quand l'orifice fut presque complètement dilaté, je perçus les pieds de l'enfant. Les douleurs étaient continues, l'utérus très tendu surtout au niveau de la cicatrice, de sorte que l'on pouvait redouter une déchirure; aussi procédai-je à la rupture des membranes. Je fis écouler lentement les eaux et je saisis un pied. Les douleurs continuant, l'enfant est rapidement expulsé jusqu'au niveau de l'ombilic et je l'extrayais moi-même.

J'ai eu des difficultés à extraire la tête, car la partie antérieure du col cicatrisée présentait de la résistance.

Malgré tous mes efforts, pour faire glisser la tête lentement près de cette portion dangereuse, elle passa brusquement avec un choc très prononcé.

Le toucher du segment inférieur pratiqué immédiatement démontra que tout était normal.

Enfant mâle, 45 centimètres de long. Poids, 2.220 grammes.

Circonférence de la tête, 34 centimètres. J'ai réussi à l'élever.

Placenta expulsé un quart d'heure après. Suites de couches normales.

OBS. XXXIII. — BATTLEHNER, *Mémoire de la Société allemande de Gynécologie*. 1^{er} Congrès, Munich, 1886, p. 342; 8^e Congrès, Halle, 1888, p. 224.

Femme B... (Schiess, d'Ettlingen), âgée de 33 ans, robuste, taille au-dessous de la moyenne, bien constituée, mariée depuis 11 ans, a déjà accouché 8 fois. Ses accouchements furent normaux, se passant sans médecin. Avortement entre le dernier et l'actuel.

Arrivée au terme de sa grossesse actuelle, elle a depuis 9 jours des douleurs préparatoires, avec des douleurs au sacrum, qui deviennent plus violentes le soir du 3 décembre. Les eaux s'écoulent en petite quantité vers 8 heures du soir. La marche du travail étant lente, la sage-femme peu rassurée sur la présentation de l'enfant fait appeler le docteur Schenk.

Diagnostic : Tête élevée, mais fixée en présentation de la face avec front en avant et à gauche. Orifice cervical non complètement dilaté, contractions courtes, peu énergiques, et persistance des douleurs au sacrum. Les bruits du cœur de l'enfant sont bons, réguliers et à droite. Etat général assez bon ; on ordonne des lavages vaginaux à l'eau tiède, répétés de temps en temps. On suppose que l'accouchement se fera tardivement, mais les contractions devenant plus énergiques on songe à un accouchement plus rapide. A minuit, les douleurs deviennent plus fortes, et chassent la tête dans le bassin ; la sortie de l'enfant est attendue par la sage-femme d'un instant à l'autre.

A 1 heure et demie du matin, au cours de la dernière violente contraction, la femme ressent une douleur intense, lancinante, dans le ventre, et a la sensation que la tête passe par là.

A partir de ce moment, cessation du travail. Schenk, appelé vers 2 heures, trouva la femme en collapsus complet, cyanosée, presque sans pouls, face et membres froids, dyspnée, ventre relâché ; on sent les petites parties fœtales à l'ombilic, et comme situées sous la paroi abdominale. A gauche, au-dessus du détroit, un corps sphérique, dur, de la grosseur de 2 poings. Les bruits cardiaques ne sont plus perceptibles, face dans le diamètre transverse du petit bassin, assez regressée vers les premiers points antérieurs.

Diagnostic de rupture utérine, sortie des petites parties fœtales dan

la cavité abdominale, hémorragie interne. Schmitt, appelé, confirme le diagnostic. Administration de stimulants, champagne, etc. Comme on supposait probable une laparotomie, on me fit appeler et j'arrive à 11 heures du matin, le 4 décembre, avec le docteur Dressler et Hoffmann junior. Au dire des médecins, la malade s'était légèrement rétablie, mais elle était très faible, pâle, sans pouls. Battement du cœur 130 à 136, abdomen très ballonné, tendu, très douloureux au moindre attouchement à droite.

La face de l'enfant, qu'on peut facilement atteindre avec le doigt, siège dans le diamètre oblique gauche, le menton est à droite et en avant.

Le logement et toutes les autres conditions étant défavorables à une grave opération, on la transporte à l'hôpital.

Chloroforme, nettoyage rigoureux des organes génitaux externes avec de l'eau phéniquée à 12 p. 100 (*sic*), lavage vaginal avec la même solution. Pendant qu'un médecin maintient le ventre avec les deux mains, on applique le forceps sur la tête, que l'on amène assez facilement. L'extraction des épaules demande plus de temps, on a la sensation de faire franchir un obstacle. Après l'extraction de l'enfant, mort, pesant 4 kilogrammes environ, écoulement d'une grande quantité de liquide sanguinolent renfermant des caillots sanglants. Le placenta est enlevé peu de temps après, l'utérus assez élevé est fortement contracté. Lavage abondant des parties génitales et examen interne. On trouve une énorme déchirure dans le cul-de-sac antérieur, à travers laquelle on passe facilement dans la cavité abdominale. La déchirure est triangulaire, à sommet distant de 2 centimètres et demi de l'embouchure de l'urètre sur la ligne médiane et à base transversale passant sur la lèvres antérieure du col. L'orifice cervical droit est déchiré vers le haut sur une longueur de 5 centimètres; de plus, toute l'insertion du cul-de-sac est séparée de la lèvre antérieure. L'extrémité gauche de la base dépasse encore un peu l'angle gauche du col. La vessie est complètement séparée de l'utérus et comme prolabée dans le vagin. La paroi vaginale est aussi séparée de la vessie, les bords de la plaie sont déchiquetés, inégaux, hémorragie peu intense. En certains points, on trouve des orifices artériels déchirés, d'où le sang s'épanche. On fait passer à travers la plaie des sondes utérines en verre, courbées, et dans lesquelles on fait passer de l'eau boriquée tiède à 2 p. 100 jusqu'à ce que le liquide s'échappe clair; puis, on procède à la réunion de la plaie en égalisant autant que possible les bords. Utérus assez rétracté, la lèvre antérieure du col est couverte par le bord transversal de la plaie et j'y plaçai une pince, après quoi je réunis la déchirure de l'utérus et ensuite la base du lambeau avec la lèvre antérieure du col et enfin je fermai la fente, qui se dirigeait en avant, avec du catgut. J'avais dans ce but 18 à 20 sutures assez profondes. J'ai tâché de comprendre dans les sutures les ilots sanguins provenant des artères déchirées. J'introduisis un drain en caoutchouc de l'épaisseur de deux plumes d'oie, il passa à travers l'orifice laissé dans l'angle droit et pénétrait jusqu'à 20 centimètres dans la

profondeur, l'extrémité du drain sortait au niveau de la grande lèvre, je lavai de nouveau abondamment les organes génitaux internes et j'introduisis une gaze iodoformée. Le ventre fut bandé avec une épaisse couche de ouate, bien serrée, et une vessie de glace fut appliquée sur le pansement. L'opération dura 1 heure et demie environ, la femme se réveilla peu de temps après, Pouls plus perceptible, 140 environ.

Schenk s'occupa du traitement ultérieur et je lui emprunte les renseignements suivants :

Le soir du 4 décembre, T., 35°,6.

5 décembre. — T., matin, 36°9 ; s., 37°,4, Pieds un peu enflés, écoulement spontané de lochies assez abondant, vomissements fréquents, la femme se sent un peu mieux. P., 136, ventre très tendu. Le pansement fait mal, mais est cependant supporté. Toutes les trois heures, lavage des parties génitales internes avec une solution phéniquée à 12 p. 100 (*sic*). On prescrivit du champagne, du vin rouge, de l'opium.

6 décembre. — T., m., 37°,4 ; s., 38°. P., 128, soif intense, vomissements fréquents, diarrhée légère, glace à l'intérieur.

Le soir, un lavement de peptone avec 75 centigrammes de teinture d'opium. En raison des vomissements, lavement répété le jour suivant et presque rien à l'intérieur.

7 décembre (4^e jour). — T., m., 38°,6 ; s., 38,2. P., 120, régulier, mais petit. Les deux drains, évidemment expulsés par pression intra-abdominale sont au-devant du vagin et ne sont pas réintroduits. Les vomissements cessent.

Malgré les lavages fréquents des parties génitales, les lochies exhalent une mauvaise odeur et ont un aspect purulent. 5 centigrammes de quinine, eau de seltz, qui est bien supportée. La température se maintient entre 38° et 38°,8.

Le 10^e jour après la visite de ses enfants, qui l'agitent beaucoup, T., 39° ; frisson. Antipyrine, 4 grammes.

14 décembre (11^e jour). — T. m., 38°,2 ; s., 38°,6 ; perte brusque involontaire de l'urine. Quinine.

17 décembre (14^e jour). — On change pour la première fois le pansement. L'utérus a diminué ; c'est seulement à la pression qu'elle ressent des douleurs légères à droite. Fistule vésico-vaginale.

24 décembre (20^e jour). — La fièvre n'apparaît plus.

25 décembre. — La femme quitte le lit pour la première fois et sort le 7 janvier de l'hôpital.

La femme devint enceinte un an plus tard. En m'appuyant sur des cas observés antérieurement, je me croyais autorisé à tirer la conclusion que la cicatrisation d'une déchirure antérieure n'est pas suffisamment solide pour pouvoir résister au passage d'un enfant dans un accouchement ultérieur.

J'ai soumis le cas à Hegar, qui me dit qu'on pouvait se risquer à

attendre le fin de la grossesse, pratiquer l'opération césarienne, mais qu'il fallait surveiller attentivement la femme.

La femme avait déjà 9 enfants, il n'y avait aucune nécessité d'augmenter sa famille, il est vrai que cela n'est pas une raison suffisante, mais néanmoins je me résolus à pratiquer l'accouchement prématuré, et la femme guérit sans accidents. Cela se passait en 1887.

Elle redevint enceinte ; il s'agissait, cette fois, d'une grossesse gemellaire. Je procède de la même manière.

Suites favorables.

En général, on sera autorisé à ne pas attendre la fin de la grossesse et à provoquer l'avortement.

OBS. XXXIV. — CRIGHTON, *Brit. med. Journal*. I, p. 1331, 1887.

Ce cas est le premier où la laparotomie ait été employée en Angleterre pour une rupture de l'utérus, avec succès, il y a 23 ans. Son histoire ultérieure présente plusieurs points intéressants.

Après sa guérison, je dépeignis avec insistance à Mme M... et à son mari les grands dangers qu'elle courait si elle devenait à nouveau enceinte, et tous les deux convinrent de coucher séparément ; ce qu'ils firent pendant plusieurs années.

Pendant un voyage à Wales, ils ne remplirent plus leur promesse et en 1873 elle devint à nouveau enceinte.

On s'adressa au docteur Whitehead, qui conseilla l'accouchement avant terme qui fut fait avec succès par le docteur Jones, vers le 6^e mois de la grossesse.

Elle devint de nouveau enceinte, et fut accouchée avant terme 1 ou 2 fois par le docteur Chatterton.

L'auteur ne peut fournir de renseignement sur ce ou ces accouchements, le docteur Chatterton étant parti.

Je l'ai vu après son premier accouchement avant terme pendant quelque temps, et cela je crois en 1874. Elle était bien portante alors et continua à l'être jusqu'en janvier 1887, quand je la revis pour la dernière fois.

OBS. XXXV. — LAWRENCE, in GREEN. *Transact. of the American gynecological Society*. Boston, 1888.

L'auteur rapporte un cas de rupture spontanée chez une multipare à périnée mou. On procéda à la version, et le placenta fut extrait de la cavité abdominale. Pas de prolapsus intestinal. On donna à la femme de la morphine. Péritonite peu accusée ; et la guérison complète eut lieu le 14^e jour.

Il l'accoucha plus tard prématurément, après quoi elle redevint enceinte.

OBS. XXXVI. — BODE, *Centralblatt für Gyn.*, 1895.

Chez une femme qui eut plusieurs accouchements, Bode a pratiqué la version d'un enfant vivant en présentation de l'épaule, après écoulement des eaux, avec un bassin généralement rétréci. L'extraction de la tête, malgré la narcose, n'a pu être effectuée. L'enfant meurt.

L'auteur croyait alors que le meilleur procédé à employer était de laisser à la nature le soin de donner à la tête la meilleure adaptation, du reste l'état général de la malade permettait l'expectation.

Deux à trois heures plus tard, on l'avertit que la femme se trouvait dans un état alarmant. La tête est dans l'excavation, on l'extrait facilement. La parturiente est anémiée; collapsus, ballonnement du ventre.

En introduisant la main l'auteur s'assura qu'il avait à faire à une rupture profonde, laissant passer le placenta dans la cavité abdominale. Extraction du placenta par la rupture, drainage avec de la gaze.

Le rétablissement se fit sans accident aucun, mais lentement.

Un an plus tard, pour prévenir les menaces d'une nouvelle rupture, la femme étant enceinte, il pratiqua avec succès un accouchement prématuré.

OBS. XXXVII — РЕВАН, *Centralbl. f. Gyn.*, 1902, n° 4.

Il s'agit d'une femme à bassin plat simple Cv., 8,75 qui à son troisième accouchement eut une rupture utérine étendue. Procubitus du cordon ombilical, immédiatement avant rupture des membranes, col effacé, version et extraction. L'examen vaginal, fait 30 jours après l'accouchement, permit de constater l'existence d'une cicatrice, intéressant toute la portion vaginale droite de l'utérus (segment inférieur).

Le doigt introduit dans le col arriva près de l'orifice interne dans une petite excavation, revêtu de muqueuse et qui ne laissa passer que le bout du doigt. On perçut dans le voisinage droit un cordon du volume d'un crayon, allant à droite et en arrière. L'utérus est bien contracté, en position normale, seulement un peu moins mobile. Au moment de l'accouchement déchirure qui, commençant à l'orifice droit du col, intéressait tout le segment inférieur de l'utérus et une partie de son corps. Le péritoine est soulevé jusqu'à l'origine du ligament rond. La cavité ainsi formée était pleine de sang. Traitement, drainage par de la gaze iodoformée. Guérison.

La femme s'est représentée il y a quelques semaines à la clinique,

avec une grossesse de 3 mois ; l'avortement fut pratiqué et, en examinant l'utérus, nous pûmes nous assurer de l'extrême minceur de la paroi utérine, atrophiée sur toute l'étendue de la cicatrice.

OBS. XXXVIII. — STROGANOFF, Schwangerschafts und Geburtsverlauf nach einer Gebärmutterruptur. *Zeitschrift f. Geburtshilfe und Gynäkologie*, vol. XLVIII, H. 1, p. 40, 1903.

Nadeshda W..., 26 ans, ouvrière, est apportée le 19 octobre 1898 à 5 heures et demie de l'après-midi à l'Institut clinique impérial de gynécologie. C'est une Vpare, dont les accouchements antérieurs furent normaux, d'une durée de 24 heures environ.

Seul le 4^e enfant est mort-né. La femme resta malade pendant 4 mois. Elle a actuellement 2 enfants vivants.

Le dernier accouchement date d'un an.

Les douleurs débutèrent le 19 octobre vers 5 heures du matin, soit 14 heures avant son entrée à l'Institut, où elle est envoyée par la sage-femme.

Symptômes de faiblesse extrême, douleurs disparues, facies hippocratique, peau et muqueuse pâles, pouls fréquent (130 à la minute). Artères presque vides T., 37°.6. Symptômes de péritonite, nausées, vomissements, météorisme, grande sensibilité.

D'après la sage-femme la malade a été examinée le 19 octobre vers 6 heures du matin. Col de 3 doigts et demi de large. Les eaux ne se sont pas écoulées. Effacement du col à 8 heures du matin. Les douleurs cessent avant son entrée.

Le premier examen pratiqué à l'Institut donne un bassin généralement rétréci et plat à diamètres suivants : 27, 26, 23, 15 1/2, 10.

Le fœtus est en position longitudinale, les bruits du cœur ne sont nullement perçus. Œdème des grandes lèvres. Le col est effacé, la tête fléchie est près du détroit. Le petite fontanelle est en avant et à gauche. Le doigt introduit entre la tête et le segment inférieur de l'utérus provoque l'écoulement d'un verre et demi de sang liquide noirâtre. On avait dans ce cas les symptômes principaux d'une rupture utérine ; mort du fœtus, cessation des douleurs, collapsus, hémorragie interne et externe, irritation péritonéale.

Après un examen approfondi, sous chloroforme, on ne parvint pas à savoir si le fœtus était dans l'abdomen ; on constatait cependant qu'il était petit, que son extraction au forceps se ferait sans difficulté et l'on agit de la sorte. On y arriva au bout de trois tractions, et l'on fit passer la tête qu'on amena sans difficulté. Garçon mort, 3.050 grammes. Expulsion du placenta par le procédé de Credé.

L'examen intra-utérin fit constater une rupture complète de la paroi antérieure du segment inférieur de l'utérus. Cette rupture était oblique de gauche à droite.

Vu l'hémorragie persistante on fait une laparatomie, et l'on constate le siège de la rupture. Elle commençait à 3-4 centimètres au-dedans du ligament rond gauche, se dirigeant à droite sous le ligament droit sans l'intéresser. Le tissu cellulaire du ligament large droit était en lambeau. La déchirure fut fermée par suture après avivement. Seuls les 3 ou 4 derniers points furent liés par la voie utérine. Après enlèvement du sang coagulé et du méconium répandu dans l'abdomen, on sutura ce dernier. L'état de la malade s'améliora notablement après quelques jours. Pendant les 1^{er} et 2^e jours la température s'éleva un peu au-dessus de 38°. Dans la suite elle resta normale et ne devint que rarement fébrile. La malade se leva le 10 novembre et sortit guérie le 26.

Une année à peine s'est écoulée qu'elle se présente à nouveau. Elle est admise le 28 octobre 1899 étant dans la dernière semaine de sa grossesse. Elle ne se rappelle pas la date de ses dernières règles, mais elle affirme avoir perçu les premiers mouvements au début de janvier.

L'état général est assez satisfaisant pendant cette 6^e grossesse.

Examen. — P., 80; T., 37°. Cœur, reins, poumons normaux, langue chargée, ventre non ballonné.

Sur la paroi abdominale, cicatrice. Circonférence du ventre, 99 centimètres. Hauteur de l'utérus, 37 centimètres. Distance de la symphyse à l'ombilic, 21 centimètres; à l'appendice xyphoïde, 40 centimètres.

Par le palper on diagnostique une présentation en OIDP.

Les bruits du cœur sont nets, 144 à la minute.

Examen interne. — Col non effacé, dirigé en arrière. L'orifice laisse passer un doigt. La présentation n'est pas perçue par le vagin. Le volume du fœtus, la position de l'utérus et les données fournies par la femme permettent de conclure que la femme est dans les derniers temps d'une grossesse normale. L'apparition de légères contractions utérines confirme la supposition.

La femme est en observation à l'Institut.

L'accouchement n'ayant pas eu lieu depuis 8 jours, et vu aussi le rétrécissement du bassin connu au dernier enfantement, ainsi que le désir de faciliter l'accouchement actuel en raison de l'ancienne déchirure, nous nous décidâmes à pratiquer l'accouchement prématuré. On introduisit le 7 novembre, à 7 heures du soir, une bougie élastique enduite de glycérine stérilisée, dans l'utérus. Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée. En même temps on diagnostique une position en SIDP.

Une heure plus tard, petites douleurs; à minuit, on sent des contractions utérines nettes; à 3 heures et demie du matin, la femme se plaint de fortes douleurs venant toutes les 2 à 3 minutes. Enlèvement de la bougie et du tampon. Le col est effacé et laisse passer trois doigts. Poche proéminente pendant les contractions. On ne peut déterminer exactement la présentation. Les bruits du cœur sont nettement perçus.

Une heure après la marche progresse.

Examen externe. — On sent au fond de l'utérus un corps dur qui, est la tête; pas de présentation au-dessus de la symphyse; une seconde grosse partie, qui correspond au siège, peut être perçue plus haut et à gauche.

Examen interne. — L'orifice externe du col est un peu refoulé en arrière et laisse passer 3 doigts environ. Sa largeur (4 doigts) est plus grande dans le sens transversal que longitudinalement (3 doigts). Bords épais. La poche des eaux bombe dans le vagin et menace de se rompre, aussi va-t-on chercher un pied. Désinfection du vagin, main droite introduite dans la cavité vaginale, 2 doigts dans l'utérus. Sacrum haut situé. N'ayant pu atteindre le pied, la poche non rompue, je la rompis; le sacrum, le dos à droite descendirent un peu et je pus atteindre le pied non sans avoir à surmonter quelques difficultés venant des parties molles.

En même temps, chute d'une anse volumineuse du cordon. Bruits cardiaques très ralentis. Tentative infructueuse pour refouler l'anse du cordon, qui retomba ensuite avec une diminution dans les bruits du cœur.

Extraction immédiate, légère asphyxie, on ranima l'enfant. Poids, 3.150 gr. Délivrance naturelle, 15 minutes après. J'examine avec la main la cavité utérine et le siège de la rupture. Je trouvai un épaississement considérable sous forme de promontoire, au siège de la rupture, interrompu de place en place par des voûtes correspondant aux sutures.

Ces sutures étaient très sensibles et immédiatement au-dessous d'une couche mince de tissu du segment inférieur.

Les suites furent normales. La température maxima atteignit une seule fois 37°,4. Pouls oscillant entre 68 et 84.

Le troisième jour après l'accouchement, le siège de la rupture est examiné par le professeur Ott, qui trouva une suture proéminente libre dans la cavité utérine, on l'enleva le cinquième jour.

Le neuvième jour la malade quitte l'Institut guérie avec son enfant bien portant.

Utérus petit, dur, insensible, suffisamment mobile; les pertes sont séreuses et peu abondantes.

A l'examen interne, on trouva un col très court. C'est surtout la portion vaginale qui est diminuée de volume. Le canal cervical laisse passer un doigt. Le col est en totalité un peu repoussé en arrière, le corps en avant et légèrement à droite, avec une mobilité de gauche à droite un peu limitée.

OBS XXXIX. — STROGANOFF, *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*, 1903.

P. M..., 32 ans, paysanne russe, Vilpare. Elle a deux enfants vivants. Elle entre à l'Institut le 21 février 1901 à 4 h. 15 de l'après-midi. Comme

antécédents personnels, on trouve que tous les accouchements ont été lents et difficiles, d'une durée de 3 jours environ. La femme fut accouchée 2 fois dans la clinique de Saint-Pétersbourg et on fut obligé de faire une application de forceps, et 2 fois l'enfant était mort.

Le dernier accouchement a eu lieu en 1899. Dernières règles fin mai premiers mouvements perçus le 23 septembre 1900.

Premières règles à 15 ans, revenant toutes les 5 à 6 semaines, durant 4 jours ; elles étaient indolentes et modérées. Etat général excellent pendant la dernière grossesse.

Début du travail le 20 février 1901 à 10 heures du soir. Le 21 février, vers 4 heures du matin, la femme est apportée dans la maison communale d'accouchement.

Le col a un orifice de 4 centimètres environ, la poche des eaux est intacte. Fœtus apparemment mort, car la mère ne sent pas de mouvements depuis 4 jours et d'autre part il n'y a plus de bruits cardiaques. La femme reste à la maison d'accouchement 6 heures, pendant lesquelles les douleurs augmentent graduellement de force.

A 10 heures du matin, on voulait déjà pratiquer la craniotomie, vu le rétrécissement du bassin et la dilatation qui demeure à 8 centimètres. Mais subitement la malade se sent mal, a 1 ou 2 vomissements, les douleurs disparaissent et il s'écoule du vagin 3 cuillerées et demie de sang.

L'examen interne pratiqué ensuite démontra que la tête du fœtus était éloignée du détroit inférieur et qu'elle était très mobile.

L'examen externe démontra que les petites parties sont immédiatement sous la peau. La malade revient à elle et son état général est bon (P., 67-75, plein. Respiration, 22-24), néanmoins on conclut à une rupture utérine spontanée. La femme est apportée dans cet état à l'Institut. Le tampon de ouate qui couvre les parties génitales externes portent une légère tache sanguine. L'examen pratiqué confirma ce que nous venons de raconter. Nous constatâmes en outre l'absence de pulsation dans le cordon prolabé. Le fœtus était dans l'abdomen. Il survint une légère hémorragie immédiatement après l'examen pratiqué sous chloroforme.

On décide de faire la laparotomie, nous commençons par couper ras le cordon prolabé que nous lions. Après désinfection des parois abdominales, je fais une incision médiane commençant à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse et allant jusqu'à l'ombilic.

La tête du fœtus apparaît dans la plaie et nous pouvons l'extraire facilement ainsi que le tronc dernier.

Le placenta qui était dans l'abdomen fut extrait avec les membranes. On enleva le méconium ainsi que des caillots sanguins peu volumineux pour examiner la déchirure. Elle était dirigée du tiers inférieur du col, d'avant en arrière de gauche à droite vers l'insertion du ligament rond droit ; je détachai le péritoine de l'utérus sur une assez grande étendue, à gauche et en avant, et je m'assurai que la rupture se dirigeait

vers le ligament rond gauche, qu'elle dépassait même. Il en était de même à droite, où la déchirure du péritoine dépasse de 2 à 2 centimètres et demi le ligament rond droit.

Quoique la plaie fût assez étendue, néanmoins, par suite de sa forme et de son siège, je jugeai possible de conserver l'utérus, aussi procédai-je à la suture en allant de haut en bas, après avoir introduit la main dans la cavité utérine.

Dans la partie inférieure de l'utérus, les parois étaient très minces et peu résistantes, de sorte que la suture déchira facilement le tissu, c'est ce qui explique jusqu'à un certain point la position de la rupture spontanée de l'utérus. Je me décidai à ne suturer que le péritoine (celui-ci était très épais en cet endroit, et à laisser ouverte la paroi musculaire de l'utérus dans toute l'étendue du col (3 à 3 centimètres un quart) et à passer à travers cet orifice un drain dans l'espace sous-péritonéal. Je fis de nouveau l'examen de la cavité abdominale, que je nettoyai, et je procédai à la suture abdominale.

Introduction d'un drain de gaze stérilisée dans l'espace sous-péritonéal et d'un tampon de gage iodoformée dans le vagin. La malade est transportée dans la salle. Etat général bon.

Fœtus long de 54 centimètres, du poids de 3.400 grammes.

Les suites, en ce qui concerne l'appareil génital et la plaie abdominale sont satisfaisantes. Il survint une paramétrite exsudative insignifiante, qui guérit rapidement.

Au cours de la 2^e semaine, complication de broncho-pneumonie et d'une mammite purulente gauche.

Le 28 mars 1901, 35 jours après, elle quitte l'Institut bien portante.

Elle se présente à nouveau à l'Institut dans l'hiver de 1901-1902, étant enceinte. Dernières règles du 12 au 16 juillet; premiers mouvements fœtaux le 4 décembre 1901. La grossesse suit un cours normal. La malade ne vient me voir que parce que je lui ai dit de revenir à l'Institut si elle redevenait enceinte. Par suite du rétrécissement du bassin existant chez cette malade, je propose un accouchement prématuré au cours du dernier mois.

La malade demeura sous ma surveillance 2 à 3 mois et je n'ai rien vu d'anormal. La présentation était très élevée. Il est vraisemblable que la dilatabilité du segment inférieur était diminuée.

Le 12 mars, soit vers la fin du 9^e mois lunaire, je procède à l'accouchement prématuré après avoir la veille transformé la position occipitale en présentation du siège par manœuvres externes. Dans le cas où l'on n'a pas besoin de trop se presser, je procède à l'accouchement prématuré en introduisant une bougie enduite de glycérine. Tamponnement du col et du vagin avec de la gaze iodoformée, et comme le lendemain les douleurs étaient plus accusées, je fis, après avoir enlevé le tampon, des injec-

tions chaudes et je donnai 0 gr. 5 de chlorhydrate de quinine à l'intérieur.

Vers le soir le col est dilaté de 8 centimètres. Rupture de la poche des eaux et je vais à la recherche d'un pied. L'expulsion ne tarde pas à commencer et je délivre la patiente en pratiquant l'extraction. J'extrait un enfant vivant de 2.000 grammes et de 48 centimètres de long.

Les suites de couches furent normales. La malade, guérie, quitte l'Institut le 7^e jour, bien portante ainsi que son enfant.

Le 16 mai, soit plus de 2 mois après, je revois la mère et l'enfant, et tout va bien.

OBS. XL. — DITTEL, *Archiv für Gynäkologie*, Bd. XLIV, p. 393, 1893.

Mme Carolina A... mariée, âgée de 38 ans, secondipare. Règles régulières depuis l'âge de 14 ans.

Premier accouchement en septembre 1889. Forceps. Enfant mort. 8 jours après, écoulement involontaire d'urine.

Fistule vésico-vaginale, pour laquelle elle entre à la clinique le 11 décembre 1889. Elle est opérée avec succès le 4 janvier 1890 par le docteur Lihotzky, chef de clinique.

La 2^e grossesse commence d'après elle en août 1891 ; elle entre à la clinique le 18 février 1892 ; on hâte l'écoulement des eaux.

Etat actuel (18 février) : sujet de petite taille, assez robuste, légère courbure rachitique aux deux membres inférieurs.

Région thoracique sans altérations visibles. Utérus indiquant par sa hauteur, le 7^e mois, position OIDP.

L'enfant est vivant. Sp., 23 ; Cr., 26 ; Tr., 29 ; D.B., 19 ; Cd, ne peut être mesuré exactement par suite de cicatrices solides. (La mensuration directe de Cv. à l'autopsie a donné 8,5.)

La déchirure périnéale superficielle est cicatrisée. Dans le segment inférieur, le vagin est assez dilaté et ramolli. Du col partent des tractus cicatriciels durs et arciformes, se dirigeant vers la paroi du vagin. Portion vaginale du col très dure ; l'orifice laisse passer 1 doigt, le bord assez raide présente des dentelures. On sent à travers le col la tête qui ballotte. Les eaux s'écoulent goutte à goutte. Température normale.

Le 19, douleurs peu accusées ; les eaux renferment du méconium ; orifice peu dilaté, la tête proémine peu.

Le 20, les douleurs ne devenant pas plus intenses, on essaye d'introduire le dilatateur, mais il est expulsé dès qu'il est rempli d'eau, aussi fait-on des tamponnements à la gaze iodoformée. Soir, T., 38°, 2. Écoulement continu de liquide fétide, on introduit dans l'utérus une bougie élastique, léger tamponnement. La nuit les douleurs sont plus fortes.

Le 21, à 8 heures matin, 38°, 4 ; à 10 heures, enlèvement de la bougie.

L'orifice laisse passer 2 doigts. Bruits cardiaques très sourds, on réintroduit le dilatateur, qui demeure en place.

A 5 heures du soir, T., 36°,5. L'orifice laisse facilement pénétrer 3 doigts dans le diamètre transverse et 2 doigts dans le sens antéro-postérieur. Il est entouré partout de tractus cicatriciels et rétractés. Réintroduction du dilatateur, douleurs modérées.

Les bruits cardiaques ne sont plus perçus. A 8 heures du soir, pas de phénomènes de dilatation, douleurs peu prononcées. La malade est fatiguée, on augmente la quantité d'eau du dilatateur. A 2 heures et demie du soir sensibilité légère de l'abdomen dans la région épigastrique gauche. Douleurs faibles. Orifice un peu plus dilaté qu'au dernier examen, entouré de tractus cicatriciels, rétractés.

La dilatation est un peu plus prononcée à droite. La tête et un membre sont à l'orifice du bassin, c'est facilement qu'on le repousse. Position ODP.

A 10 heures du soir, incision des tractus cicatriciels. Craniotomie. Délivrance du placenta qui présente déjà quelques phénomènes de putréfaction. En raison de la dilatation plus accusée du col à droite, j'introduis la branche externe du cranioblaste à droite par-dessus l'occiput. Perforation et extraction facile. Expulsion de gaz fétide, hors de l'utérus. Poids du fœtus sans encéphale, 1.350 grammes. Longueur, 43 centimètres.

Après l'extraction, l'utérus se contracte bien. Irrigation intra-utérine. La canule est introduite jusqu'au fond; le liquide s'écoule bien. Tissu un peu déchiré en avant; on applique de la gaze iodoformée. Léger tamponnement vaginal. Durée de l'opération 15 minutes. Pas de collapsus. Pouls assez bon.

Le 22, à 2 heures et demie du matin, collapsus, pas de pouls radial.

Quatre injections d'éther, café avec cognac. Compresses chaudes, tête en bas. La malade se remet, se plaignant de douleurs violentes dans l'abdomen, météorisme au début. Utérus bien contracté, occupant la ligne médiane.

A 9 heures le météorisme augmente, le pouls devient imperceptible; les extrémités se refroidissent et la mort arrive à 10 heures et demie.

AUTOPSIE (Prof. Kundrat). — Taille petite, robuste, bien nourrie. Peau avec ecchymoses au dos. Cage thoracique saillante. Mamelles très bien développées. Abdomen très distendu et très tendu. La vulve est jumifiée. Poumon très hyperémié à gauche et en arrière, un peu comprimé à la base. Cœur dilaté, mou, rempli de caillots sanguins mous.

Dans la cavité abdominale, un peu de gaz. Le péritoine est comprimé par les gaz vers la convexité de l'estomac dilaté.

Anses intestinales dilatées légèrement et adhérant les unes aux autres. Le péritoine est partout très rouge, injecté, par-ci, par-là ecchymosé, et recouvert d'exsudats purulents. L'épiploon est un peu rétracté et plissé. Les plis sont reliés par des masses grisâtres minces. Les anses intesti-

nales inférieures qui tapissent le bassin sont aussi recouvertes d'une mince couche grise, qui les agglutine.

Dans la partie postérieure de la cavité abdominale, des deux côtés de la colonne vertébrale, et dans le petit bassin, un liquide purulent, contenant des masses jaune verdâtre, brunes, dans lesquelles se trouvent suspendus des fragments de masses caséuses.

Le foie est mou, pâle. Rate assez hyperémiée, molle. Estomac et intestin dilatés par des gaz. Dans l'estomac, un liquide couleur marc de café, mêlé de masses bilieuses et muco-bilieuses.

Le contenu intestinal est normal. Reins mous, un peu tuméfiés; substance corticale blanche, pâle. Vessie assez rétractée; la muqueuse de la paroi postérieure jusqu'au col présente des suffusions et est très rouge. Une cicatrice presque de la largeur d'un doigt, au-dessus de l'orifice interne de l'urètre, et une autre cicatrice de la grosseur d'un haricot environ, occupant toute la paroi et pénétrant jusqu'au vagin.

L'utérus assez bien contracté, séparé du col par une déchirure transversale, plus grande qu'une tête d'enfant, passant en arrière de la vessie. Cette déchirure se continue aussi sur le péritoine, de la portion droite du bassin, au-dessous de ce col.

Les parois de l'utérus, épaisses d'un centimètre et demi au fond et de 5 centimètres sur les côtés, sont rouge brun par hyperémie et imbibition.

La face interne est revêtue de résidus déciduo-infiltrés, puis purulents, putrides et fétides, colorés en brun verdâtre et presque liquéfiés.

Vers le bord de la déchirure transversale, qui, au niveau de l'orifice interne, occupe toute la paroi antérieure, la musculature se détache nettement avec des saillies à convexité externe, il en est de même de la musculature de la paroi postérieure à la limite du col, entre les cicatrices s'étendant longitudinalement jusqu'au segment inférieur de l'utérus et entre les déchirures peu profondes. Le col est relâché, décoloré.

La lèvre postérieure de ce dernier est déchirée dans sa partie médiane sur toute sa longueur; les bords de cette fente, se terminant en haut par un triangle à angle aigu, sont cicatriciels, lisses et épaissis.

A la paroi postérieure du vagin, immédiatement au voisinage de l'orifice externe, une cicatrice constrictive transversale, légèrement arciforme, qui s'étend jusque dans la vessie et rayonne en bas. A la paroi postérieure plusieurs cicatrices longitudinales et près de l'anus des déchirures récentes, suturées par un fil.

Les trompes libres, les ovaires lobés et dans le gauche un corps jaune. Bassin petit, aspect comme chez l'homme, os très développés.

Cv., 8,5; DT., 12. Distance du coccyx au pubis, 8 centimètres. DB. isch., 9 centimètres.

OBS. XLI. — MIKHINE, *Annales de gynécologie et d'obstétrique*,
mai 1902.

Il s'agit d'une femme de 33 ans, tisserande, réglée à 15 ans, toutes les 3 semaines pendant 7 jours, enceinte pour la sixième fois.

Premier accouchement à terme, enfant mort 6 mois après.

Deuxième accouchement. Avortement.

Troisième accouchement, d'une petite fille, vivante, âgée actuellement de 5 ans.

Quatrième accouchement, enfant mort-né, extrait par le forceps.

Cinquième accouchement, enfant mort-né, accouchement très laborieux.

Dimensions du bassin déterminés plus tard : D. tr., 30 ; D. cr., 26 et demi ; D. sp., 23 et demi ; C. ext., 17 et demi, 18 ; C. dig., 10 et demi ; bassin généralement rétréci.

La grossesse actuelle est à terme le 19 août 1899 ; à 5 heures du matin rupture de la poche des eaux, commencement des douleurs. J'ai été appelé à 1 heure de l'après-midi dans la salle du travail de la fabrique, douleurs peu violentes, le contact de l'abdomen et de l'utérus douloureux, je n'ai pas pu entendre les bruits du cœur du fœtus.

Présentation du sommet, le col entr'ouvert à 3 travers de doigt, la tête un peu mobile dans le bassin. Pouls de la malade fréquent ; le ventre est sensible et elle pousse des gémissements fréquents.

J'ai donné l'ordre à la sage-femme de me prévenir si le travail n'avance pas. A 5 heures, appelé auprès de la malade ; ventre ballonné, très sensible, pouls de même, la malade affaiblie et gémissant sans interruption ; contractions très faibles, la sage-femme n'a pas remarqué l'arrêt brusque des contractions. L'orifice plus petit qu'avant, la tête plus haut, le promontoire est atteint facilement. En raison de toutes ces conditions, j'ai résolu de terminer l'accouchement par la version.

La malade sous chloroforme, on introduit la main droite et quand elle atteint les pieds elle sent quelque chose qui rappelle les intestins et qui ne ressemble pas à la paroi ferme de l'utérus ; le cordon ne battait plus, le pied est saisi, descendu, mais la version ne se faisant pas on fait descendre le 2^e pied. Après quelques essais très prudents pour extraire la tête on la perfore au moyen du perforateur de Blot. Après l'extraction, on fait l'examen et on trouve que l'orifice du col ainsi que les culs-de-sac sont intacts ; mais à droite, à une certaine hauteur du col, le doigt entre assez profondément dans le tissu cellulaire autour de l'utérus ; l'utérus se contracte bien, pas d'hémorragie, le pouls pas mauvais, la malade réveillée se plaint de douleurs dans le ventre, qui est ballonné. La délivrance s'est faite immédiatement après la sortie du fœtus. Le vagin est tamponné avec de la gaze stérilisée, le ventre est fortement serré par une bande ; à l'aide d'une autre bande on fait un bandage en T, en approchant l'utérus vers le pubis, 35 grammes de chloroforme.

La malade, transportée à l'hôpital, a passé la nuit assez bien; vomissements de 1 heure à 1 heure et demie; le lendemain 20 août, 10 heures du matin, pouls, 90; pas de vomissements. T., 37°,5, ventre ballonné, douloureux, tampon à peine trempé de sang.

Le 20 août le tampon est retiré, injection au sublimé, on constate, en examinant avec beaucoup de précaution, une déchirure dans la partie supérieure du col; le 3^e jour la température est montée à 38°,3, dans les jours suivants ne dépasse pas 38°,5. A droite on trouve une tumeur rappelant plutôt un épanchement sanguin qu'un exsudat. Le 11 septembre, la malade se sentant bien quitte l'hôpital le 24^e jour après l'accouchement.

J'ai revu la malade le 15 novembre. Extérieurement à droite on sent une tumeur solide et douloureuse dépassant de trois travers de doigt le pubis; par le toucher vaginal on trouve l'utérus gros, sensible et ferme; à gauche les annexes sont augmentées de volume et quelques restes de paramétrite à droite, sensation de périparamétrite avec prédominance de la première.

Sur le col, en arrière, sur la ligne médiane, une petite cicatrice ancienne, l'orifice du col est fermé. Les dimensions du bassin sont prises pour la première fois.

Passant maintenant à la description de l'accouchement suivant de cette malade, je ne m'arrêterai pas sur les erreurs de diagnostic et de thérapeutique que j'ai commises; je voudrais seulement attirer l'attention sur deux phénomènes: 1^o absence de collapsus, le pouls restant bon aussi bien avant qu'après l'accouchement, ce qui peut s'expliquer en partie par le peu d'hémorragie; et 2^o ayant la sensation très nette de sentir les intestins que je ne pouvais pas confondre avec les membranes ou avec le cordon que j'ai senti ailleurs, comment alors expliquer que le fœtus soit resté dans la cavité utérine? Je crois que la rupture n'était pas complète et que le péritoine est resté intact. Le pouls presque normal et l'absence d'hémorragie me troublaient fortement malgré les autres symptômes de la déchirure.

J'avais la satisfaction de constater le même pouls lors de la seconde déchirure avec sortie du fœtus dans la cavité abdominale.

La malade est venue me trouver le 17 octobre 1900, 14 mois après son dernier accouchement, se trouvant de *nouveau enceinte* de 4 ou 4 mois et demi.

On l'a engagée à revenir bientôt, mais elle n'est venue que le 5 février 1901.

L'utérus au-dessous des fausses côtes a quatre travers de doigts, pas de présentation de parties fœtales; à droite, une forte masse ballottante, les bruits fœtaux faibles, le col est gros; à droite, à sa partie inférieure, on sent une cicatrice, l'orifice interne laisse passer le doigt, pas de parties fœtales, rien dans les culs-de-sac. Le terme de la grossesse était fixé pour la première quinzaine de mars.

Est entrée à la clinique obstétricale de Saint-Petersbourg où le professeur Fenomenow l'a examinée et m'a conseillé l'accouchement prématuré que j'ai commencé le 27 février, à 2 heures, au moyen de la sonde de Braun (mètreurinter). A 2 heures, rupture de la poche des eaux teintées de sang; ouverture du col, 3 heures et demie. A 4 travers de doigt, tête mobile, occipito-iliaque droite postérieure, contractions très douloureuses et fréquentes, mais avec des intervalles réguliers. La parturiente gémit, agitée; pouls, 90, bon, assez fort. A 10 heures du soir, l'utérus très incliné à droite, sa mobilité de droite à gauche limitée, l'utérus ferme est tendu et se divise en deux parties : supérieure, un peu plus petite, et inférieure, plus grande et plus mince. La limite entre les deux parties se trouve au niveau de l'ombilic; le ligament rond droit est plus court que celui de gauche, qui est aussi plus tendu. La tête, engagée à l'entrée du bassin et le deuxième promontoire, n'est pas atteinte.

En raison de ces phénomènes menaçants du côté de l'utérus d'un côté et de la vie du fœtus de l'autre, il a été décidé de faire l'opération césarienne.

Pendant les préparatifs, les douleurs sont devenues plus violentes, et bientôt après, les bruits du cœur sont devenus faibles et ont disparu complètement, les douleurs ou plutôt les gémissements n'arrêtaient pas; l'utérus a changé sa forme, il approchait la ligne médiane, la différence entre les parties supérieure et inférieure a disparu et enfin, dans le côté droit de l'utérus, là où se trouvait le dos, on sentait une petite partie fœtale (à côté de l'utérus mal dessiné) immédiatement sous la paroi abdominale. Pas de bruits fœtaux. Caillots de sang dans les écoulements, la tête est remontée et devenue mobile. Toutes ces données faisaient supposer une rupture utérine avec sortie du fœtus dans la cavité abdominale.

Laparotomie par le professeur Fenomenow.

A l'ouverture de l'abdomen, le siège du fœtus sorti de l'utérus s'est présenté. Celui-ci est extrait à travers le col déchiré et ensuite sont extraits le placenta et les membranes.

Dans la cavité abdominale, beaucoup de sang liquide. Sur la paroi antérieure du col utérin se trouve un orifice d'une forme ovale irrégulière (la longueur de la déchirure à l'état affaissé est d'au moins 7 centimètres), l'ouverture se dirigeant un peu en travers obliquement. Le fœtus est sorti dans la cavité abdominale à travers cet orifice; toute la paroi antérieure de l'utérus est contusionnée, noirâtre par suite des ecchymoses, s'étendant au tissu cellulaire de l'espace vésico-utérin. La paroi postérieure du col est intacte et a conservé son caractère normal. Le tissu musculaire de la paroi antérieure du col utérin au-dessus de la déchirure est rétracté, semblable à du tissu élastique déchiré.

Les bords de la déchirure étant fortement contusionnés, il nous a été impossible de déterminer le lieu de la première déchirure.

La paroi antérieure du col étant fortement modifiée, il a été décidé d'avoir recours à l'amputation de l'utérus.

Ligatures des ligaments ronds et des larges avec les artères utérines, lambeau postérieur plus long, lambeau antérieur coupé très bas, l'utérus amputé, les annexes laissées et cousues au pédicule. Une gaze iodoformée est introduite dans le vagin.

La paroi abdominale est fermée complètement.

L'opération faite le 28 février, à 1 h. 15 du matin. Du début des douleurs jusqu'à la fin de l'opération 2 h. 15, et jusqu'au moment de la déchirure près de 7 heures.

Fœtus non à terme, 3 kilogrammes, les dimensions de la tête, 41 et demi, 13, 9, 9, 36; épaules, 41; siège, 9. Placenta, 800 grammes, spongieux, dimensions, 18-19 centimètres; cordon, 58 centimètres.

Le 4^e jour après l'opération, la mèche enlevée, le 10^e jour, les fils enlevés, deux sutures légèrement suppurées. Les premiers jours, ballonnement du ventre, les 7 premiers jours, température un peu élevée jusqu'à 38°, 7. P., 100 et ensuite 90.

Quinze jours après, la malade a commencé à marcher, et le 26^e jour a quitté l'hôpital.

Pour l'examen microscopique, on a pris des fragments : 1^o de la paroi antérieure déchirée de l'utérus; 2^o de la paroi postérieure et 3^o du fond de l'utérus. Ces fragments sont plongés dans la celloïdine et colorés par l'hématoxiline avec éosine d'après Van Gieson et Weigert. Sur le lieu de la déchirure, le tissu se présente plus ou moins imprégné par les éléments sanguins. Le sang forme tantôt des épanchements considérables, tantôt remplit des espaces entre des grandes portions du tissu ou entre des groupes isolés ou même entre des éléments séparés du tissu musculaire et conjonctif. Les cellules sont souvent changées, leur plasma est mal coloré ainsi que leurs noyaux. Il y a des endroits où les cellules sont peu modifiées et écartées seulement par le sang; par places en petit nombre on voit, en outre, des éléments sanguins, le tissu conjonctif jeune. Des vaisseaux de différentes dimensions se détachent très nettement.

Les capillaires sont très dilatés et remplis de sang; dans des vaisseaux d'un plus gros calibre, les parois sont épaissies.

Les fibres élastiques, colorées d'après Weigert, sont surtout visibles dans les parois des vaisseaux et en petite quantité, elles sont disséminées sur toute l'étendue de la préparation, les fibres sont assez courtes, épaissies, entrelacées entre elles jusqu'à la formation même des nœuds.

Dans la paroi postérieure du col, les territoires et les éléments du tissu musculaire et conjonctif sont aussi écartés, avec cette différence que les éléments ne sont qu'écartés en dehors de la sérosité, on voit par places seulement des éléments à un noyau et les globules sanguins font presque défaut.

Les mêmes éléments se trouvent aussi dans les territoires non œdématisés du tissu et en quantité considérable ; par places, dégénérescence du tissu musculaire, les parois vasculaires sont aussi épaissies que les parois antérieures, il y a beaucoup de vaisseaux de différentes dimensions.

A l'examen de la paroi utérine du fond de l'utérus, dans toute son épaisseur, on n'a trouvé aucune trace d'inflammation aiguë ou chronique de l'utérus.

En résumé, d'après notre examen microscopique, nous n'avons pu trouver la cause ayant provoqué deux fois la rupture utérine ni déterminer le lieu de la première rupture.

CHAPITRE IV

Étude des cas dans lesquels on a pratiqué d'emblée l'opération césarienne.

D'autres auteurs, considérant les dangers de l'expectation pendant le travail, peu enclins à pratiquer l'accouchement prématuré provoqué, se montrent partisans de l'opération césarienne d'emblée.

Les uns ne la feraient que contraints et forcés et dans le cas seulement où ils n'auraient pu à temps pratiquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. Ainsi Küstner lui-même, malgré les heureux résultats obtenus par la césarienne, ne nie pas que dans les cas de grossesses consécutives à une rupture il faille faire avorter la femme.

On ne saurait oublier que l'utérus cicatrisé peut aussi dans le cours de la grossesse se rompre spontanément, mais ceci étant toutefois moins fréquent que pendant l'accouchement, car la cicatrice siège dans la majorité des cas dans le segment inférieur, en d'autres termes dans la portion utérine qui se dilate peu pendant la grossesse, mais qui se distend considérablement pendant l'accouchement et ceci d'une manière encore plus accusée chez les femmes à bassin rétréci.

Dans les cas publiés par Küstner, l'accouchement prématuré pouvait à peine entrer, selon lui, en ligne afin d'éviter une nouvelle rupture. Car si l'accouchement prématuré est produit à l'aide d'un dilatateur, d'un ballon, il se croit autorisé à affirmer que l'on donne au segment inférieur affaibli une tâche au-dessus de ses forces ; aussi, dans ces conditions, préfère-t-il

l'avortement et encore ne le regarde-t-il pas comme un traitement prophylactique puisqu'il présente, lui aussi, encore certains dangers. C'est pour ces conditions-là qu'il conseille de mener la grossesse à terme et de pratiquer en temps opportun la césarienne.

M. Pinard reste opposé à l'accouchement prématuré et à l'avortement provoqué. En effet il ne saurait s'agir en pareille occurrence d'avortement thérapeutique. Aussi laisse-t-il la grossesse aller à terme, quitte à faire d'emblée au début du travail l'opération césarienne.

C'est la conduite qu'il tint le 20 novembre 1901 dès l'apparition des contractions douloureuses du travail dans l'observation XLII. « Il eut été, en effet, extrêmement dangereux de faire courir les risques d'un accouchement par les voies naturelles à cette femme qui avait eu une rupture de l'utérus, dont l'utérus était adhérent à la paroi, dont le col était cicatriciel et qui, en plus, avait à côté de son utérus un kyste de l'ovaire. »

Nous avons réuni dans ce chapitre 3 observations seulement de femmes ayant eu une rupture utérine guérie chez qui on pratiqua une opération césarienne lors de l'accouchement ultérieur.

Deux furent opérées au début du travail et la troisième à terme.

Ces interventions se terminèrent par un succès complet, les mères ayant donné le jour à des enfants de 3 kilos et plus, vivants et bien portants.

N'est-ce pas ici que nous trouvons la meilleure proportion ? 3 femmes opérées, 3 guérisons, 3 enfants vivants.

En comparant ces résultats à ceux que nous trouvons dans les chapitres précédents, où nous voyons que la répétition de la rupture est fréquente, malgré les diverses méthodes employées pour l'éviter, et que la mort est encore assez souvent à redouter, les heureuses terminaisons obtenues par l'opération césarienne nous semblent indiquer en cette méthode un procédé de choix.

OBS. XLII. — PINARD, *Opération césarienne au début du travail suivie d'hystérectomie avec ablation d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit chez une femme ayant subi antérieurement la laparotomie pour une rupture complète de l'utérus.* COUVELAIRE, *Revue pratique d'obstétrique et de pædiatrie*, 1903.

Le 8 août 1901, entrainé à la clinique Baudelocque une III^e pare de 32 ans enceinte de 5 mois environ, adressée au professeur Pinard par le docteur Mulette, de Pont-Sainte-Maxence, avec une lettre dont voici les points importants :

« Il y a dix ans (9 février 1891), j'ai été appelé par une sage-femme pour terminer le premier accouchement de Mme X... Le travail durait depuis 48 heures.

« J'ai fait une application de forceps au détroit supérieur pour une présentation de la face. J'ai extrait un enfant mort.

« Il y a 5 ans j'ai été appelé pour le deuxième accouchement de Mme X... (21 mars 1896). Elle était à terme en travail depuis 24 heures. Je la vis à 10 heures du matin.

« Eu égard aux symptômes qui s'étaient manifestés avant mon arrivée (douleur atroce ayant arraché un cri perçant à la malade, puis à la suite de cette douleur, sensation d'engourdissement, état syncopal) et aux constatations que je fis (l'utérus au palper avait perdu sa forme ordinaire, les parties fœtales étaient perçues nettement sous la paroi abdominale ; au toucher, disparition complète de la partie fœtale), je fis immédiatement le diagnostic de rupture utérine et je jugeai une *laparotomie* urgente.

« Elle fut pratiquée le soir même par mes confrères les docteurs Chevalier, de Compiègne, et Mourier, de Chantilly, et par moi. Le fœtus et le placenta, qui était décollé de la paroi utérine, s'étaient répandus dans la cavité péritonéale en totalité.

« La rupture de l'utérus, très étendue, horizontale, siégeait au niveau du segment inférieur.

« L'utérus fut suturé sur toute l'étendue de sa déchirure avec du catgut phéniqué.

« La paroi abdominale fut suturée plan par plan à l'aide de fils de soie et de crin de Florence. Un gros drain passa par le col de l'utérus et sortait par le vagin, fixé préalablement à la paroi abdominale à l'aide d'un crin de Florence.

« Les suites de l'opération laissèrent à désirer pendant quelque temps, une dizaine de jours environ. La malade eut quelques phénomènes péritonéaux, se manifestant par des vomissements porracés et du tympanisme abdominal au point que l'on se demanda si l'intestin n'avait pas été pincé. Au bout de ce laps de temps, les vomissements cessèrent sous l'influence de la glace intus et extra, et la malade se rétablit petit à petit.

« Actuellement (août 1901), Mme X... est enceinte de 5 mois environ. Craignant de nouveaux accidents, j'ai cru prudent de vous l'adresser, etc., etc. »

Elle fut reçue à la clinique Baudelocque le 8 août 1901, par mon maître Varnier, suppléant pendant les vacances le professeur Pinard.

M. Varnier constata que le fond de l'utérus gravide dépassait l'ombilic d'un travers de doigt (dernières règles, 20-27 février).

L'utérus était *incliné à gauche*, et sur son flanc droit on délimitait assez bien une tumeur sphérique, fluctuante, peu tendue, ayant les dimensions d'une tête de fœtus et effleurant par son bord inférieur la partie supérieure de la fosse iliaque droite. Le diagnostic de probabilité fut alors de *kyste de l'ovaire droit*.

L'excavation était vidée. Le *col* haut placé dévié à droite profondément déchiré. Il n'y a plus de lèvre postérieure. La lèvre antérieure pend dans le vagin amarré latéralement par des *brides cicatricielles*.

Le promontoire n'est pas accessible. Le bassin paraît largement asymétrique (aplatissement du côté droit).

Quant à la cicatrice abdominale, elle est tout entière sous-ombilicale. Sa longueur est de 15 centimètres.

Son angle inférieur est étalé en une plaque cicatricielle irrégulière, pigmentée, large comme une pièce de 5 francs.

La partie supérieure de la paroi, au niveau de la cicatrice, présente sur une étendue de 2 à 3 centimètres un peu d'éventration.

Enfin, lorsqu'on mobilise transversalement et surtout verticalement la paroi, il semble qu'il y ait des adhérences entre cette paroi et l'utérus gravide.

La ligne de conduite adoptée par M. Varnier fut la suivante :

Laisser la grossesse évoluer jusqu'à terme en plaçant cette femme dans les meilleures conditions hygiéniques et se tenir prêt à pratiquer au début du travail une laparotomie pour extraire l'enfant par section césarienne.

Les vacances passèrent, la grossesse évolua sans encombre, et lorsqu'à la mi-novembre M. Pinard reprit le service, je lui présentai en ma qualité de chef de clinique la cliente du docteur Mulette ; elle était dans l'état suivant :

Le fond de l'utérus toujours incliné à gauche est à 36 centimètres du bord supérieur du pubis sur la ligne médiane.

Il renferme un fœtus vivant, dont la tête est en bas, mobile au-dessus du détroit supérieur, avec tendance à fuir dans la fosse iliaque gauche. Le dos est à droite. Les bruits du cœur s'entendent un peu à droite de la ligne médiane, au voisinage de l'ombilic.

La tumeur, qui avait été facilement perçue au mois d'août, ne l'était plus que très difficilement. Les sensations étaient vagues, on ne pouvait à vrai dire délimiter une tumeur distincte de l'utérus, et s'il n'y avait pas eu de diagnostic ferme fait par M. Varnier au cinquième mois, on

n'aurait même pu songer à l'existence de cette tumeur juxta-utérine maintenant masquée par l'utérus gravide.

Dans la nuit du 19 au 20 novembre, Mme X... perd du sang et a quelques contractions utérines douloureuses. Elle est transportée aussitôt à la salle de travail où elle passe la nuit. Les contractions sont faibles et espacées. Aucune modification du col. Suintement sanguin insignifiant.

Le 20 novembre, à 10 heures et demie du matin, M. Pinard l'examine. En raison des antécédents obstétricaux, en raison de l'état de son col, de l'existence d'une tumeur abdominale, des adhérences probables de l'utérus à la paroi, il décide de pratiquer sur le champ — la femme étant à terme et au début du travail — l'opération césarienne, suivie de l'hystérectomie et de l'ablation de la tumeur.

La *laparotomie* est pratiquée à 11 h. 45 du matin par M. Segond.

M. Segond fait une longue incision médiane sus et sous-ombilicale, mettant à nu l'utérus gravide, dont la face antérieure ne présente aucune adhérence. La face antérieure de l'utérus et des membranes est ponctionnée à l'aide d'un bistouri. L'incision est agrandie au doigt pour permettre à M. Pinard d'extraire, par les pieds, l'enfant vivant, qui se met à crier immédiatement. C'était un enfant du sexe féminin pesant 3.200 grammes, dont les diamètres céphaliques sont les suivants :

OM.	13,5
OF.	11,5
SOB.	10,2
SOF.	11 »
BIP.	9,5
BIT.	8,2
SMB.	10 »

Pendant que deux pinces à traction sont placées sur les lèvres de la partie supérieure de l'incision abdominale, M. Segond fait basculer au dehors : 1° l'utérus, renfermant le placenta et les membranes; 2° un kyste de l'ovaire droit, libre d'adhérences, dont le pédicule est rapidement sectionné au-dessus d'un clamp.

Hystérectomie supra-vaginale, après hémostose préventive avec clamps et pince de Kocher.

Une mèche de gaze stérilisée est conduite par l'orifice utérin dans le vagin et attirée hors de la vulve. Son extrémité supérieure reste intra-cervicale.

Le moignon est suturé à la soie plate, avec des points séparés et deux surjets de catgut.

Ligature des 4 pédicules à la soie plate.

Péritonéisation des pédicules. Toilette du péritoine (compresses de gaze stérilisées.)

Drainage par deux gros drains de caoutchouc placés entre le moignon

et l'angle inférieur de la plaie abdominale. Ils sont fixés à la paroi par une soie plate.

Suture de la paroi : un plan total aux fils d'argent.

Pansement à la gaze stérilisée.

Durée totale de l'opération, 1 h. 15.

Ablation d'un drain au bout de 48 heures, du second le 3^e jour qui est remplacé par une mèche de gaze iodoformée.

Le 24 décembre, l'opérée guérie put quitter la clinique emmenant son enfant en parfaite santé et l'allaitant avec succès.

La partie de l'utérus enlevée par hystérectomie pèse 1.055 grammes, elle comprend la presque totalité de l'utérus.

La section chirurgicale a porté sur les parties basses du segment inférieur.

Rien de particulier au niveau des ligaments larges, ni sur la surface péritonéale de l'utérus.

Le placenta inséré sur la face postéro-latérale gauche de l'utérus pèse 520 grammes.

Le kyste ovarique, gros comme les deux poings, renfermait 228 gr. d'une bouillie sébacée épaisse. La surface inférieure, irrégulière, présente des saillies irrégulières formées par des travées osseuses et cartilagineuses.

Je n'ai pu retrouver dans la partie d'utérus enlevée par M. Segond les traces de la rupture antérieure et de la suture pratiquée par nos confrères.

OBS. XLIII. — OTTO KUSTNER, *Centralblatt für Gynäkologie*, janvier 1903. — 8^e grossesse consécutive à une rupture du segment inférieur de l'utérus. Opération césarienne. Enfant et mère vivants.

Femme H. D..., âgée de 30 ans, née à Breslau, n'a marché qu'à 4 ans, a eu 6 accouchements, tous spontanés, et tous les enfants sauf le premier ont été de petite taille. Trois enfants sont vivants.

Le 30 octobre 1900, la femme H. D... entre en travail au cours du 7^e mois de sa grossesse.

Le 31 octobre, à 5 heures du soir, la sage-femme pratique la rupture des membranes, le travail ne progressant que lentement.

Le 1^{er} novembre, elle se présente à l'hôpital, on constate un bassin rétréci, dont le diamètre antéro-postérieur est de 7 centimètres. Le diamètre transverse est probablement un peu rétréci. L'orifice est presque complètement dilaté, le col est très distendu, l'anneau de Bandl est presque à la hauteur de l'ombilic. L'enfant est en position O. I. G. Les bruits du cœur sont normaux.

Après injection d'une seringue de solution de morphine, la femme est amenée à la salle de travail le 1^{er} novembre au matin.

Malgré les douleurs constantes, le travail ne progresse pas, le col se distend de plus en plus, la paroi gauche est très amincie.

L'orifice interne de la matrice (l'anneau de contraction de Bandl) est monté encore plus haut.

Vers midi le col distendu embrasse non seulement la tête, mais aussi la portion supérieure du thorax de l'enfant, accélération pathologique des bruits du cœur fœtal, évacuation de méconium avec bulles d'air. A la percussion, son tympanique au fond de l'utérus. Aggravation rapide de l'état de la parturiente; fréquence du pouls 150-160; T., 38°,1.

Perforation du crâne de l'enfant en agonie à l'aide du perforateur de Pajot, extraction avec le cranioclaste. Poids du fœtus, mâle, sans encéphale 3.240 grammes. Après l'accouchement, on hâte l'expulsion du placenta à l'aide du procédé de Credé.

L'examen vaginal indique dans la partie gauche du col (segment inférieur de l'utérus) une plaie étendue transversalement. On ne peut se rendre compte si elle atteint le péritoine. En tout cas, il n'y a pas d'hémorragie inquiétante.

Vessie de glace sur l'abdomen. Les premiers jours lochies profuses hémorragiques. Jusqu'au 3^e jour, température subnormale et le 5^e fébrile. Fréquence considérable du pouls (jusqu'à 150) jusqu'au 6^e jour. Vomissements et météorisme le 2^e jour. Est allé pour la première fois à la selle, le 8^e jour, après lavement. Urine normale. Les lochies demeurent hémorragiques jusqu'au 8^e jour, suites de couches presque normales à partir du 6^e jour.

A la sortie de la malade, on peut sentir à gauche, près de la portion cervicale déchirée, d'où rayonnent des tractus cicatriciels, dans la voûte droite du vagin, une cavité profonde qui pénètre jusque dans le paramétrium gauche.

Après sa sortie, Mme D... vient de temps en temps à la polyclinique, car elle croit avoir remarqué, après l'examen pratiqué à sa sortie, une perte involontaire d'urine, quoique pouvant uriner volontairement.

Cet état disparaît complètement après quelques jours sans l'institution d'un traitement quelconque.

L'observation pratiquée immédiatement après l'accouchement et pendant les suites de couches, nous permet d'admettre l'existence d'une lésion profonde du col (segment inférieur de l'utérus).

La seule chose discutable est de savoir si le péritoine a été aussi compris dans la lésion. Quoi qu'il en soit, on avertit Mme D... de venir immédiatement à la polyclinique, avant tout début de travail, dans le cas d'une grossesse pouvant survenir, afin de pouvoir pratiquer en temps voulu l'opération césarienne.

Le 20 février 1902, écoulement des eaux, le travail a débuté brusquement à la clinique. Les dernières règles datent du commencement de

mai 1901, l'enfant est en position O. I. T. La malade n'a pas été examinée chez elle.

A 8 heures du matin opération césarienne. L'utérus n'est pas attiré au dehors, mais comme je le fais depuis longtemps, la section est pratiquée dans la position normale de l'organe. Hémorragie peu abondante. Dans la poche amniotique, une grande quantité de méconium pâteux; le placenta est dans la partie postérieure de l'utérus; suture au catgut de l'utérus, en plusieurs étages; extirpation des deux trompes, ligatures séparément des vaisseaux, suture péritonéale en surjet.

L'enfant était pâle, en état d'asphyxie. Poids et taille moyenne, spina bifida, lombaire moyen, pieds bots très prononcés.

La convalescence de la femme D... se fait normalement sans accidents. La température dépasse 5 fois de quelques dixièmes 38°. Enlèvement des fils le 14^e jour, et le 24^e jour la mère et l'enfant quittent l'hôpital en bon état.

OBS. XLIV. — OTTO KUSTNER, *Centralblatt für Gynäkologie*, janvier 1903.
— Septième grossesse consécutive à une rupture transversale du segment inférieur. Opération césarienne, avant le début du travail. Mère et enfant vivants.

Mme E. L... aurait marché de bonne heure, a accouché 5 fois, le médecin était absent au premier, version au troisième et quatrième.

Le 23 juillet 1900, elle vient à l'hôpital, le début du travail a commencé le jour d'avant par suite de la présentation transversale, la sage-femme a fait mander un médecin qui la dirige sur la clinique. Elle séjourne plus d'une heure dans une voiture, à son arrivée procubitus du cordon ombilical qui est sans pulsation. On constate la présence de l'enfant et du placenta dans la cavité abdominale, expulsion du fœtus à travers une déchirure étendue transversalement et occupant la partie antérieure de l'utérus.

Après avoir constaté l'intégrité de la vessie, on pratique la laparotomie. Dans la cavité abdominale on trouve beaucoup de sang liquide, du liquide amniotique et du méconium. En avant, au-dessous de la voûte vésicale, siège une déchirure du col, étendue transversalement (segment inférieur de l'utérus), comprenant aussi les deux ligaments ronds.

Sutures au catgut, à plusieurs étages et exécutées avec soin. Lavage abondant de la cavité abdominale avec une solution salée, drainage avec de la gaze. Convalescence sans trouble. La température dépasse plusieurs fois 38° de quelques dixièmes, mais n'atteint jamais 39°.

A sa sortie de l'hôpital, 36 jours après l'opération, on lui recommande de se présenter en cas de grossesses ultérieures avant tout début de travail, afin de pratiquer l'opération césarienne. Avant son départ, on constate qu'elle a un bassin modérément rétréci, dont le diamètre antéro-

postérieur est de 9 centimètres ; le diamètre transverse n'était pas rétréci.

Le 22 mars 1902, Mme L... arrive à l'hôpital. Le 5 mai, date supposée être la fin de la grossesse, on décide de faire avant le début du travail l'opération césarienne.

Même technique que dans l'observation XLIII.

Le placenta est adhérent dans toute son étendue à la paroi antérieure de l'utérus.

A la place de la rupture ancienne, on trouve de nombreux tractus et voiles péritonéaux, de sorte que l'on n'aperçoit pas à proprement parler la cicatrice. Salpingectomie double, vaisseaux liés isolément, suture péritonéale, suture de l'utérus et de la paroi abdominale comme dans le cas précédent.

L'enfant, en état d'apnée, commence à respirer après une minute, crie un peu plus tard. Sexe féminin. Poids, 3.460 grammes.

Une pneumonie lobaire gauche, assez grave, vient troubler la convalescence.

Dans la suture de la paroi abdominale, un écartement assez notable se produit entre 1 et 2 fils, qui ne tarde pas à se cicatriser avec des bourgeons charnus qui apparaissent.

Le 9 juin, la malade quitte l'hôpital, ne présentant aucun troubles emmenant un enfant en bonne santé.

CONCLUSIONS

I. — Sur 31 femmes ayant eu une rupture utérine, il s'est reproduit, lors d'un accouchement ultérieur à terme, 18 fois une nouvelle rupture, et 10 femmes sont mortes.

II. — Sur 5 femmes ayant eu une rupture utérine et chez lesquelles on a provoqué l'accouchement prématuré, on a eu 2 nouvelles ruptures et une femme est morte.

III. — Sur 3 femmes chez lesquelles on a pratiqué l'opération césarienne (1 fois avant le travail, 2 fois au début du travail) trois femmes vivantes, trois enfants vivants.

IV. — La meilleure conduite à tenir en présence d'une femme enceinte qui a eu antérieurement une rupture de l'utérus nous semble être de laisser évoluer la grossesse jusqu'à terme et de pratiquer au début du travail l'opération césarienne.

V. — L'étude de ces faits nous conduit à penser que l'hystérectomie est la méthode de choix dans le traitement des ruptures utérines qui viennent de se produire.

BIBLIOGRAPHIE

- Alberts**, *Berliner klin. Wochenschrift*, n° 45, p. 644, 1880.
- Alexandroff**, *Contribution à l'étude de la rupture de l'utérus au cours de l'accouchement*. Thèse de Dorpat (Jurjew), 1900.
- Bandl**, *Ueber Ruptur der Gebärmutter und ihre Mechanik*. Vienne, 1875.
- Battlehner**, *Mémoire de la Société allemande de Gynécologie*, 1^{er} congrès tenu à Munich, juin 1886. 8^e congrès tenu à Halle, mai 1888.
- Bode**, *Centralblatt für Gynäkologie*, 1895.
- Braun V. Fernwald**, *Ueber Uterusruptur*. Inaug. Dissertation, Vienne, 1894.
- Breuss**, *Zur Anat der geheilten Uterusruptur*. *Wien. medical Blätter*. Wien, n° 24, 1883.
- Brossard**, Thèse de Paris, 1890.
- Budin**, *Traité de l'art. des accouch.*, t. III, 1898; t. IV, p. 518, 1901, G. Steinheil, édit.
- Burger**, *Münchener med. Wochenschrift*, n° 25, 1896.
- Cauvenberge** (van), *Bull. génér. de thérapeutique médicale et chirurgicale*, Miquel, t. 31, 1846. *Bull. soc. méd. de Gand*, juin 1846.
- Chrobak**, *Centr. für Gyn.* — *Zeischrift f. Gyn. u. Geburtsh.* 1898.
- Couvelaire**, *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, octobre-novembre 1903.
- Crighton**, *Brit. med. Journal*, t. I, p. 1331, 1887.
- Cristeanu**, *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1901-1902.
- Deneux**, Thèse de Paris, 1804.
- Deutsch**, *Cent. f. Gyn.*, n° 14, 1889.
- Diepen**, *Jahresbericht de Frommel*, t. VIII, 1894. Th. d'Amsterdam, 1894.
- Dittel**, *Archiv f. Gynäkologie*, vol. XLIV, p. 393, 1893.
- Draghiesco et Cristeanu**, *Ann. de gyn. et d'obstét.* 1902.
- Dubois**, *Dict. de méd. en 30 volumes*, vol. XXX, Paris, 1846.
- Erdey**, *Cent. f. Gyn.*, n° 44, 1898.
- Feuchtwanger**, *Inaugur. Dissert.* München, 1893.
- Fleischmann**, Article de Dittel, *Arch. f. Gyn.*, 1893.
- Frank**, *Cent. für Gyn.*, n° 39, 1894.
- Franz**, *Cent. f. Gyn.*, n° 64, 1885.
- Freund (W.-H.)** *Cent. f. Gyn.*, n° 8, février 1903.
- *Zeitsch. für Geburtshilfe und Gyn.*, Vol. XXIII, H. 20, 1892.
- *Verhandlung der deutschen Gesellschaft f. Gyn.*, 1895.
- Green**, *Transact. of the American gynecological society*. Boston, 1888.
- Hofmeier**, *Berliner klinische Wochen.* 1880-1882.
- Ivanoff**, *Cent. f. Gyn.*, 1881-1883. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1903.
- Jolly**, Thèse de Paris, 1870.

- Koblanck**, *Beitrag zur Lehre von der Uterusruptur*. Stuttgart, 1895.
Kohler (F.-X.), Inaug. Dissert, Strasbourg, 1900.
Kolomenkin, *Monatsschrift für Geburts. u. Gyn.*, vol. XVII, h. 3.
Kriwsky, *Monatsschrift. für Geb. u. Gyn.*, janvier 1902.
Kupferberg, *Münchener med. Wochenschr.*, 1892.
Kustner Otto, *Centr. für Gyn.*, n° 1, janvier 1903.
Labusquière, Thèse de Paris, 1884, et *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1894 et 1903.
Lambron, In Thèse de DENEUX, 1804.
Lederer, *Prager med. Wochensch.* n° 15, 1887.
Lepage, *Bulletin médical*, novembre 1903.
Leopold, *Arch. für Gyn.*, vol. L, h. 2, 1889.
Ludwig, *Wiener klin. Wochenschrift*, 1897.
Mac Lean, *Americ. journ. of obstetrics*, 1888.
Merz, Zur Behandlung der Uterusruptur. *Arch. f. Gynäkologie*, 1893.
Mikhine, *Annales de gynécologie et d'obst.*; mai 1902. *Journal d'acc. et d'obstét.* de Saint-Petersbourg.
Munde, *Cent. für Gyn.*, 1878.
Peham, *Centr. für Gyn.*, n° 28, 1901; n° 4, 1902.
Peters, *Cent. für Gyn.* 1901.
Pinard, *Clinique obstétricale*, Paris, 1899, G. Steinheil, édit.
— *Bulletin médical*, 5 février 1902.
— *Société d'obst., de gyn. et de Pædiatrie*, 1899.
Piskacek, *Beitrag zur Therapie und Casuistik der Uterus ruptur*. Vienne, 1889.
Plenio, *Centr. f. Gyn.*, n° 47, 1885.
Rakin, *Chicago med. journ. and Exam.*, décembre 1878.
— *Cent. f. Gyn.*, 1879.
Rokitansky, *Lehrbuch d. path. Anatomie*.
Rose, *Centr. für Gyn.*, 1877.
— *Chicago med. Journal and Exam.*, août 1877.
— *Revue des sciences médicales*, t. XI, 1878.
Sauvage, *Lésions et traitement des ruptures utérines pendant le travail*, Thèse de Paris, 1902.
Schäfer, *Therapeutische Monatshefte*, juillet 1897.
Schuhl, *Ann. de Gyn. et d'Obst.* 1900.
Stroganoff, *Zeitschrift. für Geburts. und Gyn.*, 1902.
Tarnier, *Traité de l'art. des Acc.*, t. III, 1898; t. IV, 1901, G. Steinheil, édit.
Trask, *Americ. journ. of med. science*, 1848 et 1856.
Varnier, *Comptes rendus de la Société d'Obst. de Gyn. et de Pæd.* de Paris, t. I, mai 1899.
— *Rapport présenté au Congrès de Gyn., d'Obst. et de Pædiatrie*, III Session. Nantes, septembre 1901.
— *Annales de Gynécologie et d'Obst.*, octobre 1901.
Walter, *Jahresbericht de Frommel*, t. VIII, 1894.
Wenzel, *Centr. f. Gyn.*, n° 47, 1882.
— *Americ. journ. of obst.*, avril 1882.
Weiss, *Annales de Gyn. et d'Obstétrique*, 1902.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.	7
INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER. — Traitement des ruptures utérines.	13
CHAPITRE II. — Étude des cas dans lesquels on a laissé évoluer la grossesse en escomptant la terminaison de l'accouchement par les voies naturelles.	20
CHAPITRE III. — Étude des cas dans lesquels on a interrompu artifi- ciellement la grossesse.	73
CHAPITRE IV. — Étude des cas dans lesquels on a pratiqué d'emblée l'opération césarienne.	99
CONCLUSIONS	109
BIBLIOGRAPHIE	110

Vu :

Le Président de la thèse,

PINARD.

Vu :

Le Doyen,

M. DEBOVE.

Vu :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.